Michèle Busquet-Vanderheyden

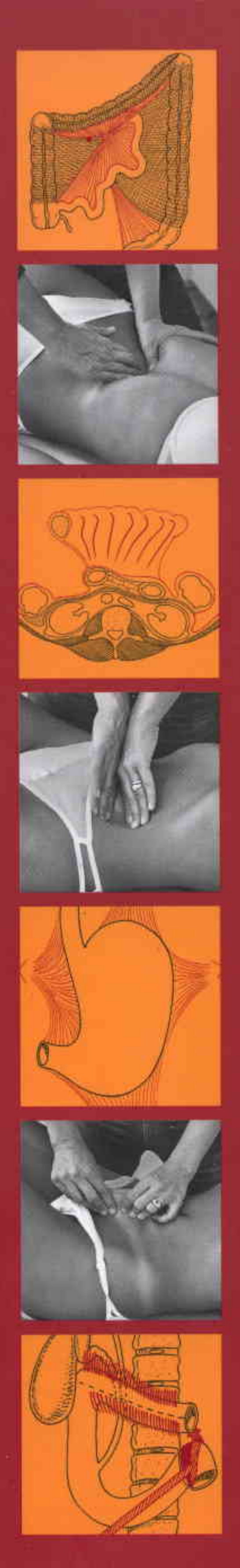
LES CHAÎNES MUSCULAIRES

La chaîne viscérale

DESCRIPTION ET TRAITEMENT



TOME VI



Editions Busquet

LES CHAÎNES MUSCULAIRES

LA CHAÎNE VISCÉRALE

Dans la même série aux Editions Frison-Roche

• *Les chaînes musculaires tome I - Tronc, colonne cervicale et membres supérieurs*, Léopold Busquet, 5e édition, revue et actualisée - Editions Frison-Roche, 2001.
• *Les chaînes musculaires tome II - Lordoses - cyphoses - scolioses et déformations thoraciques*, Léopold Busquet, 4e édition, revue et actualisée - Editions Frison-Roche, 2002.
• *Les chaînes musculaires tome III - La pubalgie*, Léopold Busquet, 4e édition, revue et actualisée - Editions Frison-Roche, 2001.
• *Les chaînes musculaires tome IV. Membres inférieurs*, Léopold Busquet, 3e édition revue et actualisée - Editions Frison-Roche, 2003.

Dans la même série aux Editions Busquet

• *Les chaînes musculaires tome V - Traitement du crâne*, Léopold Busquet, 1e édition - Editions Busquet, 2004.
• *L'ostéopathie crânienne*, Léopold Busquet, 6e édition, revue et actualisée - Editions Busquet, 2004.
• *Ophtalmologie et ostéopathie*, Léopold Busquet, Bernard Gabarel, 2e édition - Editions Busquet, 2004

Michèle Busquet-Vanderheyden

LES CHAÎNES MUSCULAIRES

LA CHAÎNE VISCÉRALE

DESCRIPTION ET TRAITEMENT



Editions Busquet

A mon mari, sans les encouragements et le soutien duquel, je ne me serais peut-être pas lancée dans cette aventure que représente l'écriture d'un livre.

Aux enseignants de l'ISCAM à Bruxelles, du Collège Sutherland à Namur, de la Formation «Les Chaînes Musculaires» à Paris, qui m'ont transmis l'amour de mon métier.

Un remerciement particulier pour les chirurgiens, qui lors d'opérations auxquelles j'ai pu assister, m'ont permis d'obtenir des réponses concrètes aux nombreuses questions que je me posais. Je veux leur témoigner ici toute ma reconnaissance pour leur disponibilité et leur compétence.

INTRODUCTION

Le travail qui va suivre s'inscrit dans la continuité de la recherche sur les chaînes musculaires. Il en est, selon nous, le prolongement nécessaire.
Les précédents tomes des *Chaînes musculaires* ont montré que la méthode de traitement qui exploite la répartition stratégique des chaînes musculaires dans tout le corps humain, résulte de l'observation *globale* - et non morcelée - de la «mécanique» humaine.
Ce faisant, dès lors que l'anatomie humaine a été abordée sous l'angle de la cohérence de son organisation musculaire, l'observation a mis en évidence la présence de chaînes musculo-squelettiques. Ces dernières assurent la statique, la dynamique du corps et, le cas échéant, ses stratégies de «compensations», c'est-à-dire, les solutions d'auto-régulation auxquelles il recourt en cas de dysfonction. L'ensemble des chaînes musculo-squelettiques, peut être divisé en cinq types de chaînes caractéristiques :

1 - La chaîne statique
2 - Les chaînes de flexion
3 - Les chaînes d'extension
4 - Les chaînes croisées d'ouverture
5 - Les chaînes croisées de fermeture

On a vu précédemment l'importance du rôle de ces chaînes. Néanmoins, pour fondamentale qu'elle soit, la mise en évidence des chaînes de type musculo-squelettiques ne suffit pas. L'analyse globale atteste qu'elle doit être complétée par le dégagement d'autres types de chaînes. On en relève deux :

6 - La chaîne viscérale
7 - La chaîne neuroméningée.

Les deux chaînes supplémentaires que l'on vient de mentionner, ne sont pas, on le voit, à l'instar des autres, des chaînes *musculaires*. Le muscle passe au second plan. Est-ce une faiblesse de la théorie des chaînes musculaires ? Au contraire, c'en est le complément. En effet, l'étude approfondie de la fonction statique nous a conduit à la remise en question du rôle exclusif du muscle. Le «monopole» qu'on lui accorde traditionnellement dans le maintien de la fonction statique ne se vérifie pas. On peut même aller plus loin et affirmer qu'en réalité, le muscle *n'est pas fait pour* une fonction statique. On verra qu'en réalité, seul le tissu conjonctif est adapté (cf. Tome I des *Chaînes Musculaires*).
Par conséquent, bien que le niveau musculaire conserve toute son importance, en ce qui concerne les problèmes de statique, il faut pousser l'analyse *au-delà*, ou plutôt, *en deçà* du muscle, jusqu'au plan viscéral.

En effet, (et ceci est démontré dans le tome II des *Chaînes musculaires*), la stratégie ingénieuse que met en œuvre le corps pour assurer la fonction statique ne peut être menée à bien que pour autant qu'est sollicitée la chaîne viscérale. Le rôle de cette dernière est alors fondamental.

A partir de là, tout l'enjeu de ce livre est de parvenir à mettre en évidence les relations existantes entre le contenu viscéral et le contenant musculo-squelettique. Ces relations intimes, entre contenu et contenant, entre viscères et muscles, vont conditionner non seulement la statique mais également toute notre dynamique gestuelle et, en retour, tout notre fonctionnement viscéral.
Aussi, à mesure que l'on prend conscience de ces inter-relations, une relecture de l'anatomie est-elle possible qui, faisant clairement apparaître une organisation basée sur la continuité tissulaire et sur un principe de cohérence globale, confirme nos hypothèses. Dès lors, on justifie à la fois l'approfondissement de la recherche jusqu'au plan viscéral, et l'usage du terme de chaîne pour le décrire. En effet, puisque les qualités de continuité et de cohérence que l'on trouve au niveau musculo-squelettique semblent se retrouver ici, le terme de «Chaîne Viscérale» s'impose de lui-même, tant sur le plan anatomique que fonctionnel.

Notre exposé se déploiera selon deux grandes parties:
Tout d'abord, dans la première partie du livre, consacrée à une description raisonnée du niveau abdomino-pelvien, on verra comment:
- le péritoine est, dans son prolongement, le lien qui assure l'arborescence continue de la chaîne viscérale,
- le péritoine est en relation avec les parois musculo-squelettiques des cavités et, en conséquence, avec l'organisation des chaînes musculaires dynamiques,
- les tensions de la chaîne viscérale vont conditionner l'organisation des chaînes, ce conditionnement entraînant des conséquences directes sur la statique et la dynamique.

Dans la deuxième partie du livre, consacrée à la pratique, on développera dans un premier temps, tout l'examen spécifique de la chaîne viscérale afin de dégager les points de tensions qui sont à l'origine des compensations, des modifications de la statique, des modifications de la gestuelle, des modifications de la forme, des dysfonctions et de douleurs multiples.
Enfin, dans le deuxième temps de cette troisième partie, on exposera la méthode et les techniques manuelles du traitement de la chaîne viscérale au niveau abdomino-pelvien.

Première partie

Description

Dans le but de rendre compte de la présence effective d'une chaîne viscérale, on se propose de procéder à une description de l'anatomie abdominale et pelvienne chez l'homme et chez la femme. La description du péritoine, de ses propriétés et de ses prolongements en est le point de départ, et en quelque sorte, le repère permanent. Car, dans la mesure où tout notre propos est de faire apparaître la véritable *continuité* – et non pas une simple *contiguïté* entre le niveau viscéral et le niveau musculo-squelettique, les propriétés de cette membrane nous intéressent particulièrement. En effet, le péritoine, comme l'indique son origine étymologique grecque (*periteinõ*), est ce qui «s'étend autour» : en d'autres termes, il tapisse la cavité abdominale tout entière. Dès lors, à ce stade de la description, il apparaît d'ores et déjà comme l'intermédiaire susceptible d'assurer une véritable continuité entre le contenu viscéral et le contenant musculaire.

Avant même de préciser davantage notre description du péritoine, on peut citer l'analyse qu'en donnent d'éminents anatomistes :

Selon monsieur Rouvière, dans *Anatomie Humaine descriptive, topographique et fonctionnelle* (Tome II page 353) : «Péritoine viscéral, péritoine pariétal, mésos, épiploons et ligaments sont des parties d'une même membrane partout continue et qui limite une cavité virtuelle : la cavité péritonéale».

Selon messieurs J. Brizon, I. Castaing, F.G. Hourtaulle dans *Le Péritoine ; Embryologie, Anatomie,* (page 11) : «Péritoine viscéral et péritoine pariétal sont partout en continuité».

Selon messieurs A. Bouchet et J. Cuilleret dans *Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle,* (tome IV, page 1868) : «Le péritoine forme un sac entièrement clos (à l'exception de la ligne de Farre chez la femme) dont la face superficielle pariétale se moule sur les parois musculo-aponévrotiques de la cavité abdomino-pelvienne».

A la lecture de ces avis, notre hypothèse d'une interdépendance du système péritonéal et du système musculo-squelettique ne semble-t-elle pas renforcée ?

Cela étant posé, et puisque notre projet de recherche semble pertinent, procédons à une étude détaillée de l'anatomie du péritoine et de ses prolongements.

I - Le péritoine

Le péritoine est en contact, d'un côté, avec la face interne de la cavité abdominale, de l'autre, avec la face externe des organes. Ce double contact est rendu possible par l'aspect caractéristique du péritoine en membrane séreuse à deux feuillets. Aussi distingue-t-on dans le péritoine un feuillet *pariétal* et un feuillet *viscéral.*

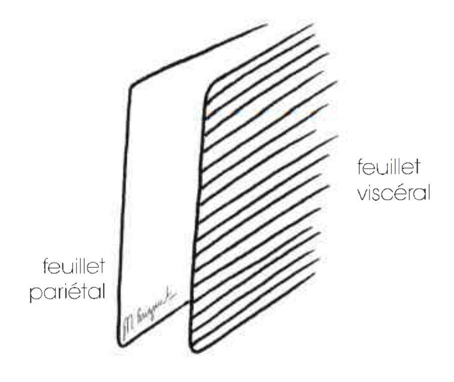


Fig n° 1 : le péritoine

Ces deux feuillets vont délimiter une cavité péritonéale. Elle est fermée chez l'homme, ouverte chez la femme, au niveau du pavillon de la trompe de Fallope et de l'ovaire.
Cette cavité péritonéale est occupée par les viscères digestifs et les nombreux replis péritonéaux.
Elle est composée de deux régions principales qui communiquent entre elles par le foramen omental :
- la grande cavité péritonéale,
- la bourse omentale ou arrière cavité des épiploons.

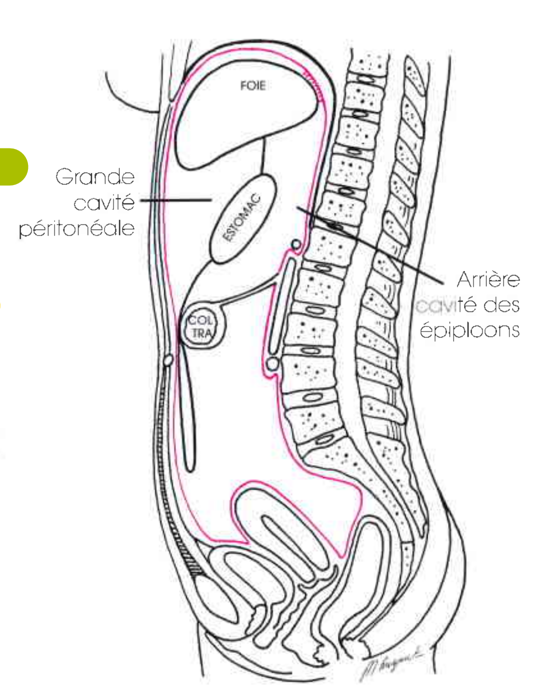


Fig n° 2 : le péritoine

De même que l'on distingue feuillet *viscéral* et feuillet *pariétal*, de même, selon que l'on envisage la face intérieure ou la face extérieure de la membrane, on distingue, d'une part, le péritoine viscéral, qui fait partie intégrante de la paroi superficielle de l'organe et en ce sens y adhère intimement, d'autre part, le péritoine pariétal qui, selon Brizon, Castaing et Hourtaulle, «se moule sur les parois musculo-aponévrotiques de la cavité abdomino-pelvienne».

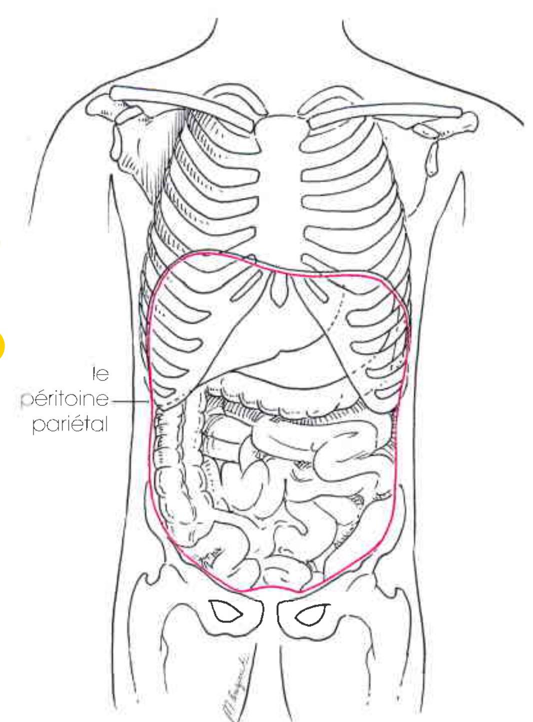


Fig n° 3 : le péritoine pariétal de face

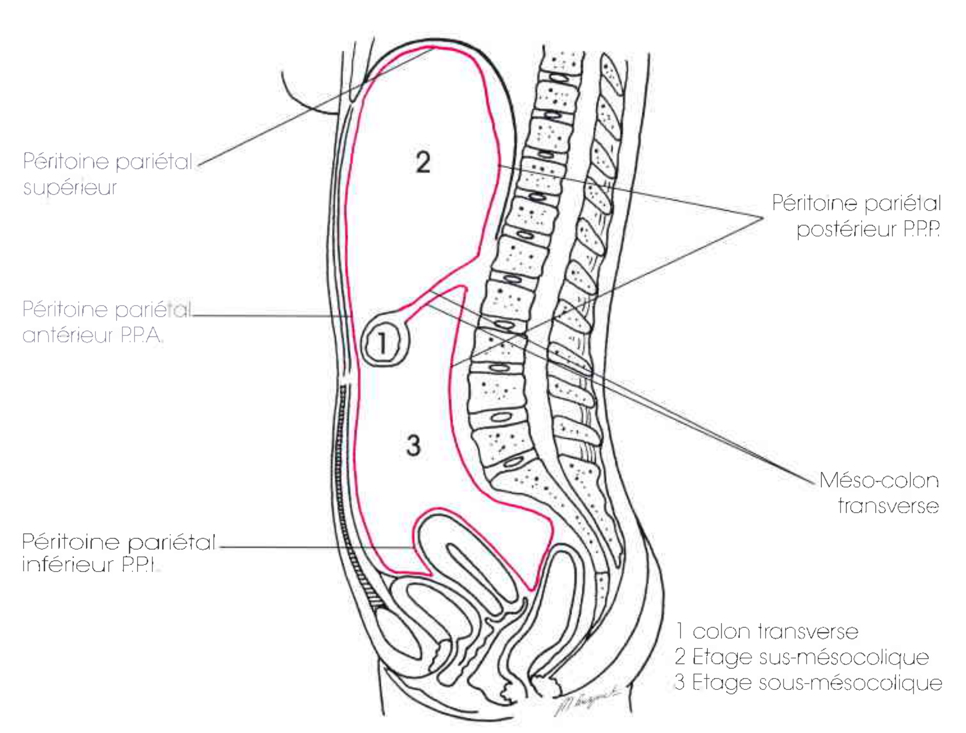


Fig n° 4 : le péritoine pariétal de profil

Péritoine pariétal et péritoine viscéral sont en parfaite continuité l'un avec l'autre. Le sac qu'ils forment est modelé par les organes et ce modelage va former différents replis qui maintiennent les dits organes à leur place. On peut distinguer trois types de replis caractéristiques :

- les *mésos*, qui engainent les pédicules vasculo-nerveux de dehors en dedans et qui permettent la vascularisation et l'innervation de l'organe.
- les *épiploons*, qui contiennent un ou plusieurs pédicules.
- les *ligaments*, qui n'engainent pas de pédicules.

Ces replis ne sont rien d'autre que le prolongement des deux feuillets péritonéaux décrits plus haut. Ils tiennent, en quelque sorte, lieu de «gaines» aux différents organes. Ces plis gainants formés au niveau du péritoine pariétal, pénètrent la cavité abdomino-pelvienne et se continuent avec le péritoine viscéral.

Chaque repli s'enchaîne avec des zones de continuité. Ainsi,

- les ***mésos*** sont tendus du bord pariétal postérieur à un bord du péritoine viscéral,
- les ***épiploons*** sont tendus entre deux organes intra péritonéaux ; ils n'ont pas d'attaches pariétales mais uniquement des attaches au niveau du péritoine viscéral,
- les ***ligaments*** sont tendus d'un bord pariétal à un bord du péritoine viscéral.

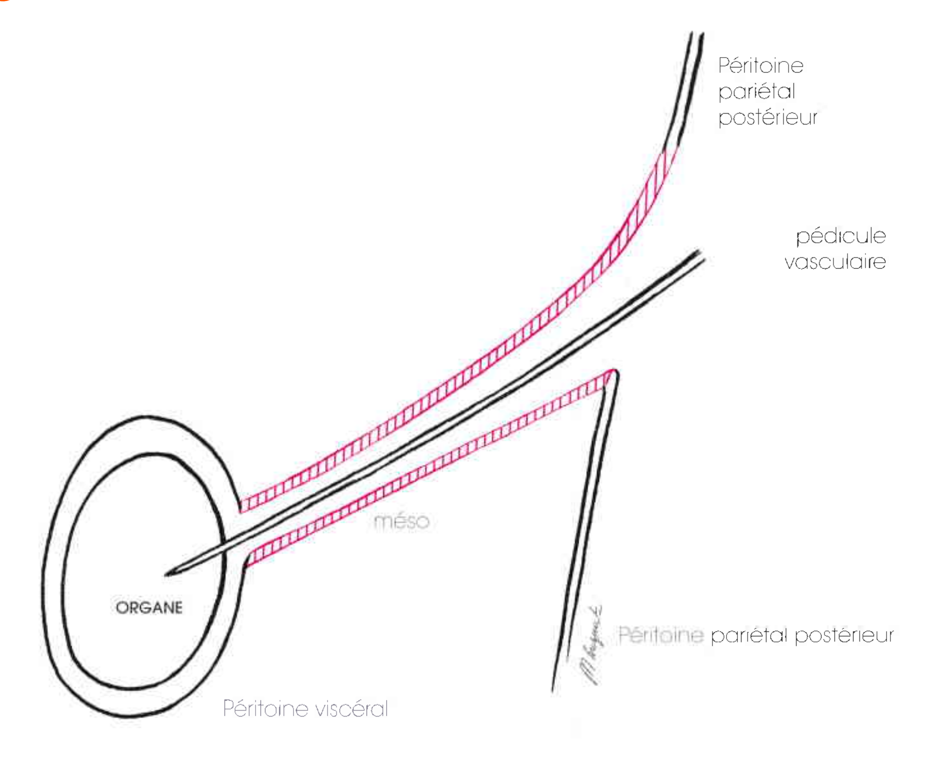


Fig n° 5 : Le méso

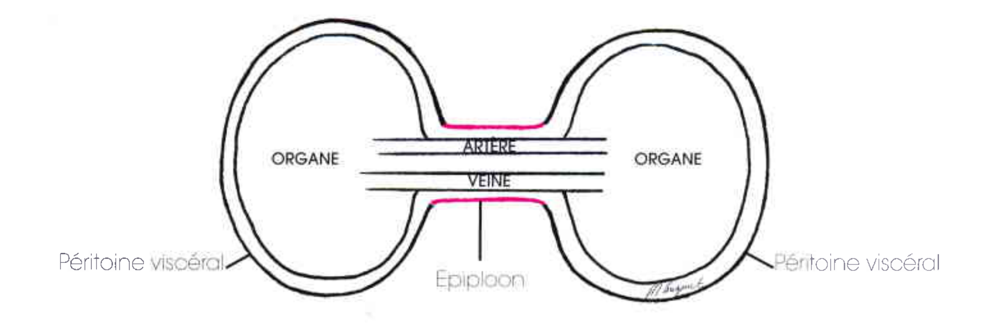


Fig n° 6 : L'épiploon

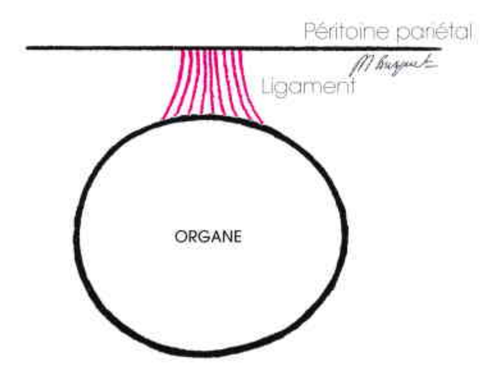


Fig n° 7 : Le ligament

Nous avons décrit ici succinctement le péritoine dans son aspect général, ainsi que ses différents prolongements. Il nous faut maintenant progresser avec méthode pour finalement mettre au jour la continuité du péritoine avec le système musculo-squelettique. Un bref rappel préalable concernant les parois musculo-aponévrotiques de la cavité abdominale s'avère donc nécessaire.

II - Les parois musculo-aponévrotiques de la cavité abdominale et ses rapports avec le péritoine

Notre exploration anatomique, dans la mesure où elle vise à mettre en évidence une continuité, doit être la plus progressive possible. Dans ces conditions, il est important de prendre en compte ces membranes intermédiaires qui adhèrent au péritoine pariétal. On doit donc avoir à l'esprit que la face interne des parois musculo-aponévrotiques est tapissée par le péritoine pariétal. En outre, entre le péritoine pariétal et la paroi musculo-squelettique, une couche cellulaire appelée le *fascia propria* relie solidement le péritoine à la paroi musculaire.
Pour ne manquer aucun de ces intermédiaires, plaçons-nous «à l'intérieur» de la cavité abdominale et considérons les différentes parois aponévrotiques qui la délimite. On en relève cinq :

1 - La paroi supérieure de l'abdomen
2 - La paroi antéro-latérale de l'abdomen
3 - La paroi postérieure de l'abdomen
4 - Le plancher de la cavité abdominale

Chaque paroi va faire l'objet d'une description spécifique.

1 – La paroi supérieure de l'abdomen

Elle est constituée par la face inférieure du diaphragme.
La face inférieure du diaphragme est recouverte par le fascia diaphragmatique.
Le péritoine pariétal supérieur appelé péritoine pariétal *diaphragmatique* adhère au fascia diaphragmatique. Cette adhérence explique pourquoi il est difficile de séparer le fascia diaphragmatique du péritoine pariétal diaphragmatique.

Le péritoine pariétal diaphragmatique, structure appartenant au système viscéral, entretient ainsi une «intimité», une relation directe, étroite avec une structure appartenant au système musculo-squelettique.

Le péritoine pariétal diaphragmatique se prolonge,
- en avant : par le péritoine pariétal antérieur,
- en arrière : il intervient dans la constitution du ligament falciforme du foie pour devenir, au niveau postérieur, le ligament coronaire. (voir chapitre V)

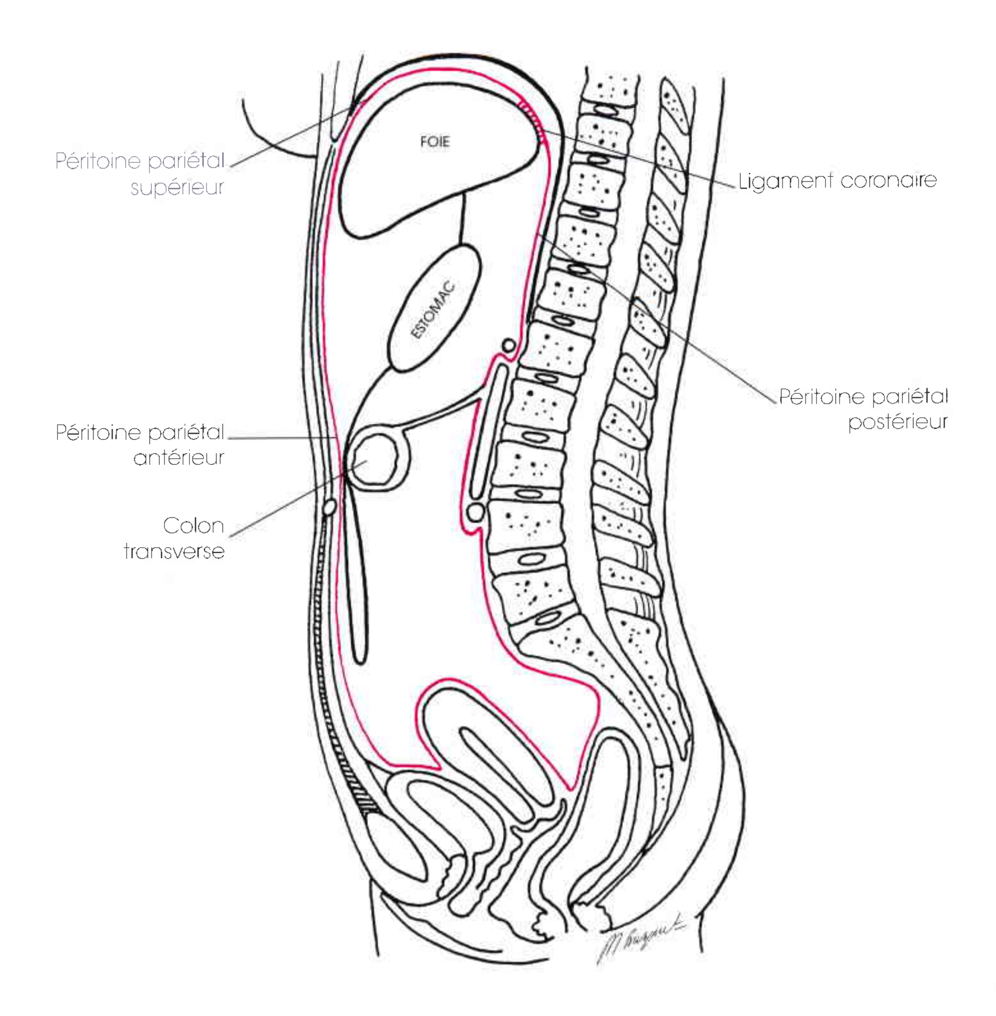


Fig n° 8 : Continuité du péritoine pariétal diaphragmatique avec le ligament coronaire

2 - La paroi antéro-latérale de l'abdomen

Elle est formée par cinq muscles:
- le muscle transverse de l'abdomen,
- le muscle oblique interne,
- le muscle oblique externe,
- le muscle pyramidal,
- le muscle grand droit de l'abdomen.

Les aponévroses de ces différents muscles se prolongent en avant par des aponévroses d'insertion qui s'entre croisent et forment sur la ligne médiane ce que l'on nomme la «ligne blanche».

Dans le tome I des *Chaînes Musculaires*, on a montré le rôle indispensable «d'échangeur de niveau» de cette «ligne blanche» qui permet que les trois plans de la paroi abdominale fonctionnent dans le système droit de flexion et le système croisé de torsion. Dans le présent ouvrage, c'est le rôle fondamental de «la ligne blanche» en ce qui concerne l'organisation statique de la chaîne viscérale qu'on s'efforcera de mettre en évidence. C'est en effet sur cette chaîne que repose la statique générale du sujet.

La paroi antéro-latérale de l'abdomen est doublée en profondeur par un plan fibreux, le *fascia transversalis*, et par le péritoine pariétal antérieur (P.P.A) – lui-même doublé du *fascia péritonéal*. Décrivons ces trois types de «doublures» :

Le fascia transversalis.

C'est une aponévrose de revêtement. Elle recouvre la face profonde du muscle transverse.

- En haut, le fascia transversalis trouve son point d'attache au niveau de l'appendice xiphoïde.
- A mi-hauteur, sur la ligne médiane, ses fibres se mêlent avec les fibres aponévrotiques du côté opposé et avec les aponévroses des autres muscles.
- En bas, il trouve son point d'attache au niveau du bord supérieur de la symphyse pubienne.
- En avant, il est uni à la partie postérieure de la ligne blanche.
- En arrière, il est difficilement différentiable du fascia péritonéal, surtout dans sa partie haute.

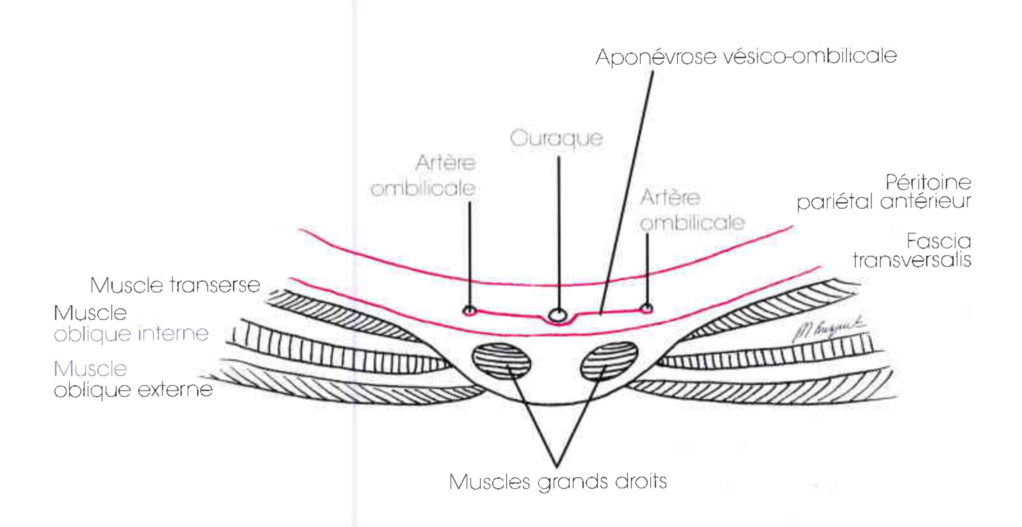


Fig n° 9 : Paroi antérieure de l'abdomen

Le fascia péritonéal.

C'est un tissu cellulaire qui recouvre le péritoine pariétal. Il se prolonge :

- en haut : par le fascia diaphragmatique,
- en arrière : par le fascia du carré des lombes,
- en bas : par le fascia iliaca dont le point d'attache est repérable au niveau du périoste des crêtes iliaques et du pubis.

Le péritoine pariétal antérieur (P.P.A)

Le P.P.A tapisse la face profonde antéro-latérale de l'abdomen. Lorsque l'on s'éloigne de la ligne médiane, le P.P.A se laisse cliver.
Par contre, au niveau de cette ligne médiane, il est très adhérant.

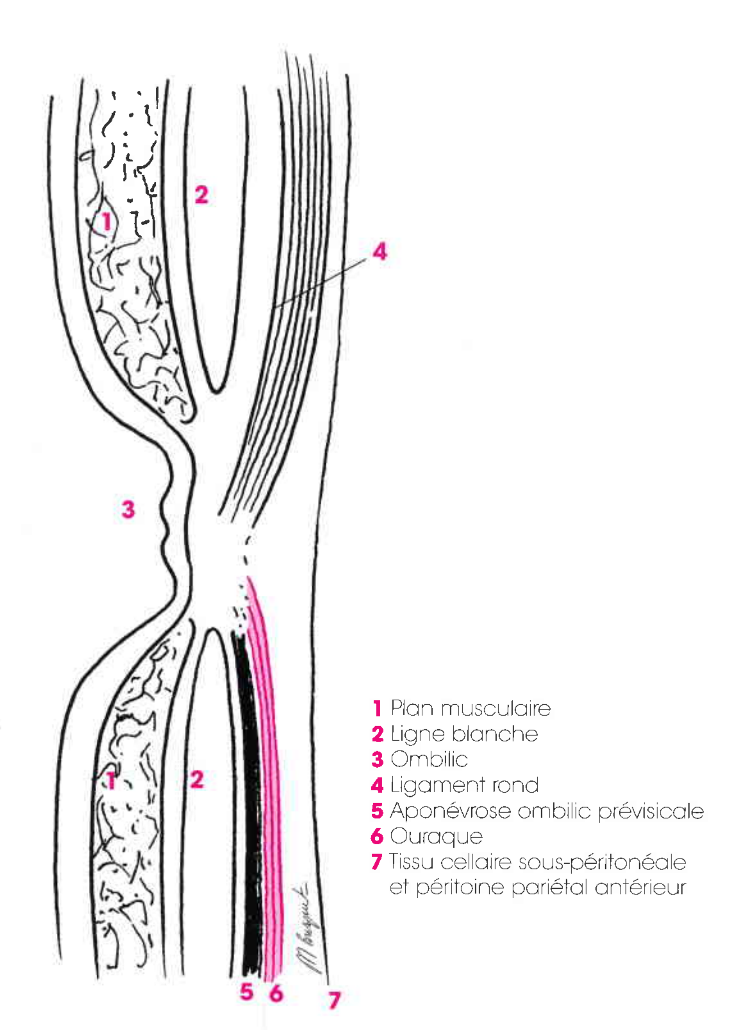


Fig n° 10 : Ombilic

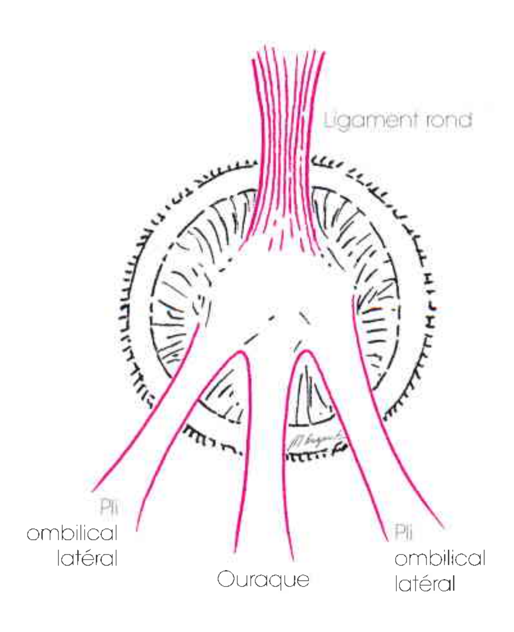


Fig n° 11 : Anneau ombilical

- Au-dessus de l'ombilic le P.P.A est soulevé par le ligament rond du foie. Il va ensuite former le ligament falciforme prolongé par le ligament suspenseur du foie et en arrière, par le ligament coronaire.

Dans la partie sus-ombilicale, le P.P.A et la «ligne blanche» sont en contact étroit.

- Au-dessous de l'ombilic, le P.P.A présente trois replis : le pli ombilical médian qui est le vestige de l'ouraque et les deux plis ombilicaux latéraux qui sont les vestiges des parties distales des artères ombilicales.

Ces trois replis sont en relation «intime» avec le système viscéral du petit bassin. Ce point de description est développé plus loin.

A ce niveau sous-ombilical, le P.P.A se laisse facilement cliver.

- Au niveau ombilical, ces trois replis, en sus du repli du ligament rond, convergent vers la face postérieure de l'ombilic. Du côté postérieur, l'ombilic est recouvert d'un épaississement du fascia transversalis. Le P.P.A adhère à ce fascia.

Nous pouvons conclure, en conséquence, qu'en ce qui concerne les niveaux sus et sous ombilical, le P.P.A est en relation directe avec la paroi abdominale musculaire, c'est à dire avec ce que nous avons décrit dans les précédents tomes comme étant les Chaînes de Flexion et les Chaînes croisées antérieures.

3 - La paroi postérieure de l'abdomen

La paroi postérieure de l'abdomen est constituée de muscles :
- le diaphragme, piliers gauche et droit,
- les muscles psoas iliaques,
- les muscles carré des lombes et l'aponévrose du muscle transverse.

Des aponévroses de revêtement recouvrent ces muscles. On en distingue trois :
1 - L'aponévrose du muscle psoas iliaque appelée également *fascia iliaca*. Elle recouvre la totalité du muscle en une seule gaine. Dans cette gaine circulent des branches terminales du plexus lombaire (le nerf crural).
2 - L'aponévrose du muscle carré des lombes. Elle recouvre la face antérieure du carré des lombes. Elle trouve ses points d'attache au niveau des apophyses transverses des vertèbres lombaires et s'unit, du côté de sa face extérieure, à l'aponévrose du transverse.
3 - L'aponévrose du muscle transverse. Elle se fixe par son feuillet postérieur sur l'apophyse transverse de D12 et sur les apophyses costoïdes des vertèbres lombaires.

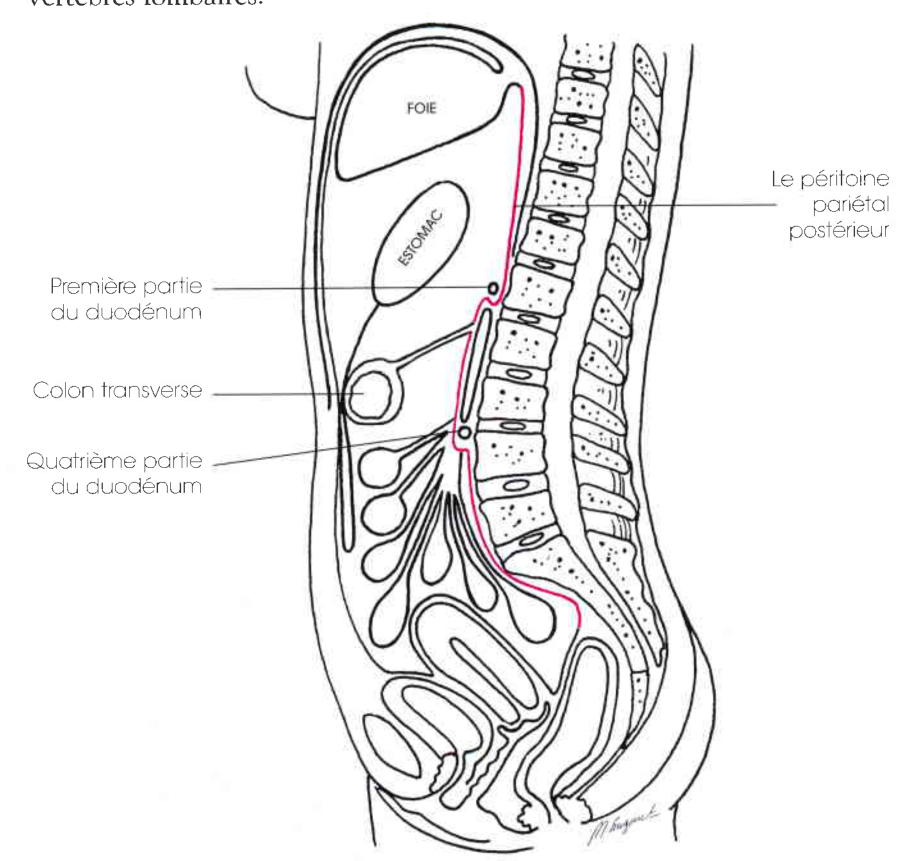


Fig n° 12 : Le péritoine pariétal postérieur (P.P.P.)

Considérant la présence de ces aponévroses au niveau de la paroi postérieure de l'abdomen, on peut déduire, et l'anatomie le confirme, qu'elles sont en contact avec,

- l'appareil urinaire,
- les glandes surrénales,
- les gros vaisseaux abdominaux (aorte, veine cave),
- les vaisseaux pré-vertébraux,
- les plexus nerveux abdominaux.

De même que la paroi antéro-latérale de l'abdomen est doublée par un prolongement antérieur du péritoine pariétal, de même, sa paroi postérieure est doublée par le péritoine pariétal postérieur P.P.P. Néanmoins, il est à distance de la paroi abdominale postérieure. Il tapisse certains organes.

Au niveau de la partie médiane, il recouvre la face antérieure :

- du duodénum,
- de la tête du pancréas. Il continue en formant une partie du ligament gastrocolique qui relie la grande courbure de l'estomac avec le colon transverse.

Au niveau de la partie droite, il recouvre la face antérieure :

- du duodénum,
- de la tête du pancréas,
- du rein droit et de la surrénale,

il recouvre la face postérieure du foie. Il devient une partie du ligament coronaire.

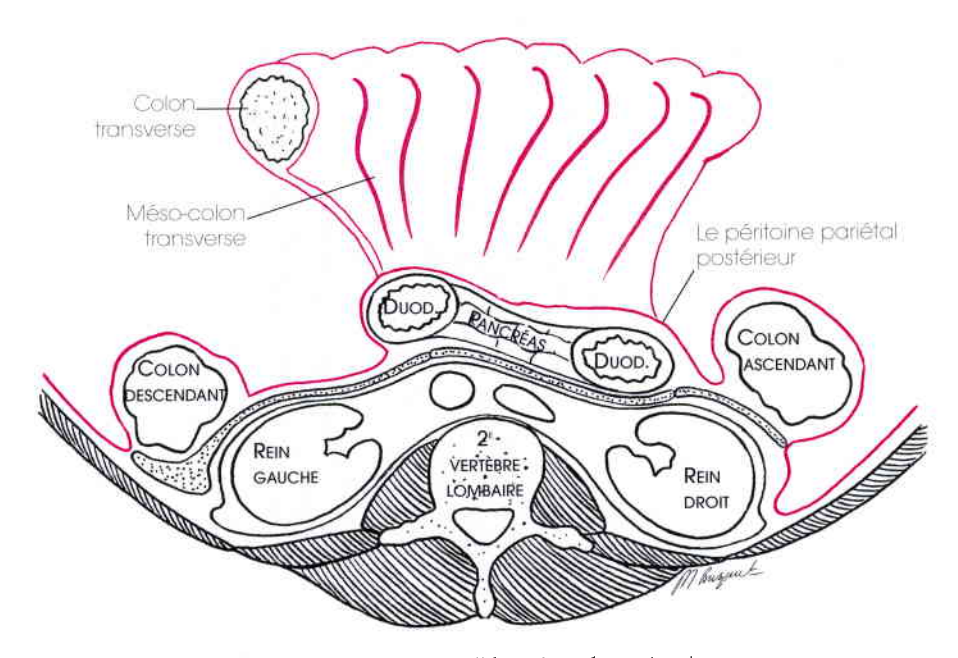


Fig. n° 13 : Le PPP et sa continuité sur le mésocolon transverse

Au niveau de la partie gauche, il recouvre la face antérieure :
- de la queue du pancréas,
- du rein gauche et de la surrénale ;
- le P.P.P va se réfléchir sur la rate pour former l'épiploon pancréatico-splénique.

Au niveau de la partie antérieure, il se prolonge tissulairement par des replis :
- le méso-colon transverse,
- le mésentère,
- le méso-sigmoïde.

1 - Le méso-colon transverse

Lorsque le P.P.P. se prolonge par le péritoine viscéral du colon transverse, il prend le nom de méso-colon transverse. Il divise alors la région abdominale en deux étages :
- un étage sus-méso-colique,
- un étage sous-méso-colique.

2 - Le mésentère

Lorsque le P.P.P se prolonge par le péritoine viscéral des anses de l'intestin grêle, il prend le nom de mésentère.

3 - Le méso-sigmoïde

Lorsque le P.P.P se prolonge par le péritoine viscéral du sigmoïde, il prend le nom de méso-sigmoïde.

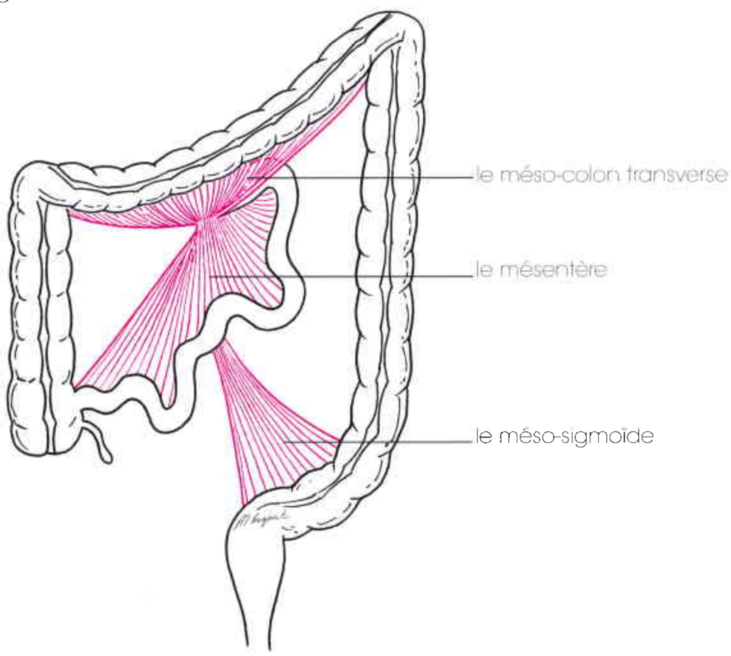


Fig. n° 14 : Les mésos

Au niveau de l'étage sous-méso-colique, le P.P.P tapisse la paroi abdominale postérieure en recouvrant la partie antérieure du colon ascendant et la partie antérieure du colon descendant.

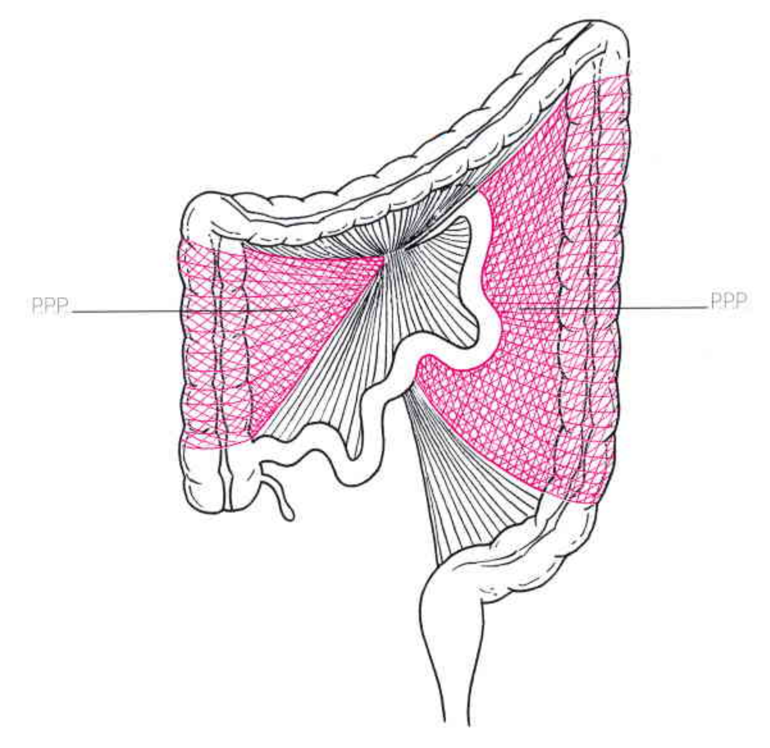


Fig. n° 15 : Le PPP recouvrant les colons ascendant et descendant

4 – La paroi inférieure de la cavité abdominale

Le plancher de la cavité abdominale, contrairement à la paroi postérieure de la cavité, n'est pas musculaire. Il est formé par le détroit supérieur du petit bassin. A ce niveau, le péritoine pariétal prend le nom de péritoine pariétal pelvien. Il repose sur les organes du petit bassin dont il est séparé par un espace cellulaire ; c'est l'espace sous-péritonéal. Il recouvre :

- la face supérieure et les faces latérales de la vessie,
- la face antérieure, le fond et la face postérieure de l'utérus,
- les faces latérales et antérieure du rectum.

Le péritoine pariétal pelvien se prolonge en arrière par le péritoine pariétal postérieur. Se reporter à la figure n° 4.

Remarque importante :

Les rapports anatomiques du péritoine pariétal sont directs à la fois, avec la paroi supérieure de la cavité abdominale, et avec la paroi antérieure de la cavité abdominale.

A ces deux niveaux, le péritoine pariétal est non seulement en contact avec les parois musculo-aponévrotiques, mais encore, nous verrons plus loin qu'il est prolongé par des continuités tissulaires pénétrant en profondeur dans la cavité abdominale.

Ces différents plans tissulaires doivent se comporter comme des plans de glissement l'un par rapport à l'autre afin de ne pas entraver tant la physiologie viscérale que musculo-squelettique. Cela étant, il nous est de plus en plus manifeste que toute adhérence, toute tension tissulaire va se transmettre au niveau des parois abdominales, entraînant ainsi une modification du tonus et de la statique.

Dans ces conditions, si le contenant musculo-squelettique et le contenu viscéral sont interdépendants, il apparaît clair que le bon fonctionnement des chaînes musculaires demande à ne pas être entravé par des tensions internes.

III - Les propriétés du péritoine

On peut estimer l'importance du rôle du péritoine en considérant la variété et le nombre de ses propriétés. On va procéder à leur examen méthodique.

1- Propriétés mécaniques

A - Suspension

Le péritoine est un tissu conjonctif auquel on accorde le rôle de *suspension* des organes dans la cavité abdominale en les rattachant aux différentes parois. Mais qu'entend-on par *suspension* des organes ? Les organes sont-ils réellement *suspendus*, au sens où ils pendraient dans le vide, simplement rattachés aux parois de la cavité abdominale ?

Il semble au contraire que les viscères ne puissent pas être suspendus de cette manière.

Les ligaments «dits» suspenseurs relient les organes lourds sous-diaphragmatiques à la face inférieure du centre phrénique. S'il y avait suspension, il y aurait inversion de la coupole diaphragmatique et impossibilité de respirer. Les ligaments sous l'effet du poids s'allongeraient, se distendraient et cette situation entraînerait de nombreuses ruptures ligamentaires suivies de ptoses viscérales.

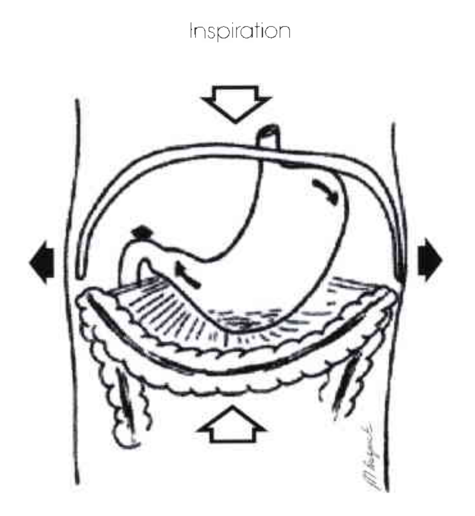


Fig. n° 16: Diaphragme en inspiration, horizontalisation de l'estomac

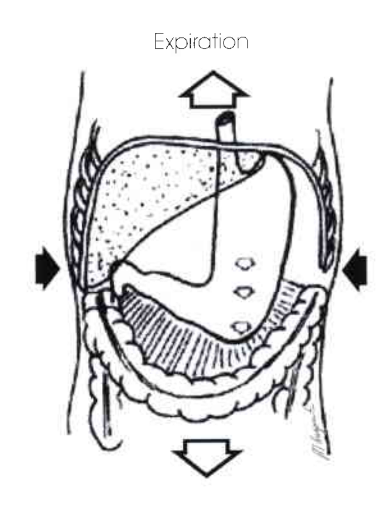


Fig. n° 16bis : Diaphragme en expiration, verticalisation de l'estomac

En réalité, la solution adoptée par le corps est plus ingénieuse. On peut la qualifier de solution du «système de hamac.» En effet, les replis péritonéaux qui entourent les viscères forment, pour soutenir les organes, non pas seulement un hamac mais une multitude de petits hamacs, de sorte que chaque organe est ainsi solidement amarré à ses voisins et aux différentes parois. C'est selon cette technique que le méso-colon transverse enveloppe les organes sous-diaphragmatiques. Cette «structure en hamac» *soutient* la statique du viscère tout en lui permettant des variations de volume, de poids et de déplacement. C'est ainsi que ce système de *«porte viscères»* s'adapte aux variations importantes de volume lors de grossesse. Une telle organisation anatomique est rendue possible grâce à la continuité tissulaire du péritoine. Le péritoine confère aux organes qu'il entoure des qualités de déformabilité tout en maintenant leur forme grâce aux fibres collagènes qu'il contient. On peut comparer le rôle des mésos à celui d'une laisse, qui, en même temps qu'elle retiendrait l'organe, lui accorde une marge de mouvements mesurés autour de sa position de référence.

A partir de là, on peut d'ores et déjà indiquer les pistes de diagnostics que permet une telle compréhension de l'anatomie abdominale, particulièrement ici, en ce qui concerne les hernies. Plusieurs facteurs peuvent être en cause.

1 - Les tensions internes.

Chaque fois que la structure conjonctive du péritoine ou d'un ligament subit des tensions soutenues, on enregistre des contractures réflexes au niveau des parois musculaires. Ces contractures entraîneront, à terme, un affaiblissement de la paroi, principalement aux niveaux de moindre résistance comme le canal inguinal, l'ombilic et l'anneau crural.

2 - Les pressions internes.

L'augmentation des pressions intra-abdominales peut être due à une pléthore. Dans ce cas, le tonus musculaire abdominal diminue automatiquement. L'augmentation des pressions internes peut également être due à des mouvements en flexion et en torsion du tronc. Si ces mouvements sont rapides et répétitifs, comme ceux qu'exigent certains gestes sportifs ou professionnels, l'augmentation des pressions est brusque, les pressions intra-abdominales sont poussées à fuir par les orifices et par les défilés. Autour de ces zones, des contractures musculaires localisées s'installent. C'est à ce moment là que l'on repère des distensions du canal inguinal et des dilatations de l'anneau crural qui prédisposent à l'installation d'une hernie. Il est important de voir que, dans ce cas, c'est l'excès de travail des muscles abdominaux, sollicités de façon constante, qui est en cause dans le déclenchement de la hernie. Pour la combattre, le renforcement ou le «gainage aveugle» n'est pas la solution appropriée. Dans un premier temps, c'est seulement le relâchement des tensions internes qui va pouvoir soulager le patient et rétablir le trophicité et la tonicité physiologiques.

B - Conduction

Le péritoine «conduit», «oriente», «porte», «protège» les systèmes nerveux, vasculaire, lymphatique.

Plus généralement, il est remarquable d'observer qu'au niveau de chaque cavité du corps, on retrouve une structure conjonctive similaire.

Ainsi, au niveau de la *cavité crânienne*, ce sont *les méninges* présentant, de part et d'autre, un feuillet pariétal et un feuillet viscéral.

Au niveau de la *cavité thoracique*, c'est la *plèvre* présentant, elle aussi, de part et d'autre, un feuillet pariétal et un feuillet viscéral.

Au niveau de la *cavité abdomino-pelvienne*, c'est le *péritoine*, présentant encore, de part et d'autre, on l'a vu, un feuillet pariétal et un feuillet viscéral.

Ces enveloppes conjonctives assurent dans chaque cas, outre le support des nerfs (chaîne neuroméningée), des vaisseaux (chaîne vasculaire), celui des viscères (chaîne viscérale) contenus dans leurs cavités respectives. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que méninges, plèvre et péritoine soient corrélés. Ces interrelations assurent la bonne conduction, la bonne protection de ces circuits vasculaires et neurologiques qui forment un même réseau de la tête aux pieds.

Mais si ces enveloppes ont avant tout des propriétés de maintien, d'orientation et de conduction, il est néanmoins nécessaire que, au sein de ces canalisations conjonctives, les chaînes neuroméningée et vasculaires soient libres d'effectuer des glissements pour pouvoir s'adapter à l'ensemble des mouvements que le sujet peut effectuer. Toute bride, toute adhérence, toute compression provoquera, le cas échéant, des douleurs neurogènes, des troubles de la vascularisation, et par voies réflexes, des contractures musculaires suivies de modifications de la statique et des mouvements. L'examen par la méthode des chaînes aura pour but de mettre en évidence les points de conflits, les points de fixité pour ensuite les libérer par des techniques spécifiques.

C - Glissement

Afin d'assurer une possibilité de mouvement, la surface du péritoine est humectée de sérosité. Les viscères peuvent ainsi glisser les uns par rapport aux autres, et disposer d'une relative capacité de mobilité et de déplacement viscéral.

Le glissement assure non seulement l'adaptation spontanée des viscères aux variations de volume des organes voisins, mais encore, leur adaptation aux variations de contraintes causées par les mouvements du tronc.

D - Amortissement

Si la propriété de glissement est, on le voit, fondamentale, elle peut à première vue impliquer un certain nombre d'inconvénients. Si le glissement est systématique, les organes risquent d'être comme «ballottés» à l'intérieur de la cavité abdominale, ce qui ne peut que nuire à la statique générale du sujet. Pour résoudre ce problème, le péritoine va adopter un comportement viscoélastique permettant d'amortir les contraintes répétitives, les rebonds dans le

cas de sautillements, de jogging, de step ou lors de traumatismes plus importants. Ce sont les adipocytes du péritoine qui vont jouer ce rôle d'amortisseur de chocs, de résistance aux compressions. Les fibroblastes vont ainsi se modifier en fonction des facteurs mécaniques. De cette manière, dès lors qu'une tension est localisée, ces fibroblastes dont les fibres s'orientent dans la logique des lignes de forces, augmentent.
Dans le tome II des *Chaînes musculaires*, on a développé l'importance du sac péritonéal qui assure un caisson hydraulique sur lequel s'appuie le centre phrénique. Cet appui s'avère indispensable pour la fonction statique. Ce fait vient confirmer une fois de plus notre hypothèse que la statique dépend de l'organisation viscérale. Néanmoins, l'adoption d'un tel système hydraulique impose de trouver des solutions ingénieuses pour éviter les deux problèmes qui en découlent : les fuites et les descentes d'organes.
L'anatomie, que l'on doit toujours comprendre comme un ensemble de réponses aux difficultés que pose le bon maintien d'une fonction, révèle alors les solutions appropriées adoptées par le corps pour éviter ces inconvénients résiduels liés à la mise en œuvre de la fonction statique.

2 - Propriétés hémodynamiques

Le péritoine assure un rôle de drainage des différents liquides de la cavité abdominale. Cette fonction explique le fait que les principaux troncs artério-veineux et nerveux sont situés entre les feuillets du péritoine.
De cette manière le péritoine assure la résorption des liquides intra-péritonéaux. Mais ce n'est pas tout. A cette fonction de drainage s'ajoute une fonction de dynamisation mis en évidence par Serge Paoletti dans *Les fascias : rôle des tissus dans la mécanique humaine* (Ed Sully, 1998). En effet, le péritoine favorise la circulation retour des liquides par un mouvement de «pompe refoulante». Ce mouvement est possible du fait des diverses orientations des fibres, des multiples plans tissulaires. En ce sens on peut parler de propriétés hémodynamiques du péritoine.
Le péritoine réalise un continuum parfait entre les parois de la cavité abdominale, auxquelles il adhère par le feuillet pariétal, et chacun des viscères. Cette continuité peut être prolongée au-delà de l'enveloppe viscérale puisque le tissu conjonctif s'infiltre dans la structure du viscère. Il forme le squelette conjonctif du viscère.
Ce continuum conjonctif va transmettre en profondeur l'influence des mouvements du tronc et surtout des mouvements respiratoires.
La respiration, même pendant le repos, favorise par la variation des pressions et par la mobilisation douce de l'ensemble du «squelette conjonctif» la circulation artérielle, veineuse et lymphatique.

L'analyse d'un cas classique de la diminution de la tonicité abdominale va nous montrer à quel point le traitement de la chaîne viscérale, effectué dans le respect des propriétés anatomiques du péritoine, surpasse, de loin, en efficacité, tout autre traitement qui n'en tiendrait pas compte.
C'est le cas du relâchement viscéral consécutif au post-partum. En effet, suite à un accouchement, l'abdomen s'est vidé du volume important que représentent le bébé, le placenta et les différents liquides. Ce vide installe, dans les jours qui suivent, une dépression physique ressentie jusqu'au plan psychologique. Lors de cette période toute l'organisation statique viscérale (tome II des *Chaînes musculaires*) est défaillante et manque de cohérence. La statique des viscères est mal assurée et peut être alors insuffisante. Dans ces conditions, durant cette période, il ne faut pas compter sur elle. Pour respecter l'organisation viscérale, on doit plutôt prévoir un bandage abdominal quand, au retour de la clinique, la maman adopte de façon plus prolongée la station debout. Ce bandage a pour but de diminuer le volume de la cavité abdominale, de favoriser le retour de la cohérence et de la tenue des viscères. Tant que le bandage est physiologiquement utile la maman se sent mieux avec. Dès que le bandage gène elle peut l'abandonner.

Mais c'est ici que s'impose une mise en garde: la pose du bandage ne doit en aucun cas être «complétée» par la gymnastique abdominale classique qui provoque un effet *hyperpressif* et en conséquence *congestif*. Non seulement ce travail abdominal concentrique est systématiquement pénalisant pour la colonne lombaire malgré toutes les corrections proposées, mais il favorise le ballonnement par congestion et rétention liquidienne.
Seule, et nous insistons sur ce point, la gymnastique ***hypopressive***, pratiquée en parallèle, favorise le retour et la résorption des liquides en respectant la physiologie et l'anatomie du péritoine. Pratiquée méthodiquement, cette gymnastique hypopressive facilite l'aspiration des liquides, l'aspiration viscérale, l'amélioration de la tonicité abdominale ainsi que celle du plancher pelvien.
On note ici que l'erreur de la gymnastique classique hyperpressive est de faire appel, au mauvais moment, à des forces compressives. Dès lors, le recrutement concentrique des abdominaux conseillé traditionnellement a en réalité pour conséquences de renforcer:

- les pressions sur des viscères encore instables,
- les congestions liquidiennes,
- l'effacement de la lordose lombaire, élément pourtant indispensable à la bonne organisation viscérale.

Au contraire, avec le bandage, la diminution de la cavité abdominale et le soutien viscéral se font de façon *passive*, «en douceur», sans que la maman ne déclenche de forces compressives et congestives.

Cette analyse est confirmée par les travaux du Docteur Marcel Caufriez de

l'Université Libre de Bruxelles. L'expérience suivante a été faite sur deux groupes de 100 femmes. Un groupe a été suivi en pré et post partum selon les principes classiques, l'autre groupe a respecté les principes de la gymnastique hypopressive mise au point par le Docteur Marcel Caufriez.
Dans le premier groupe, on enregistre, malgré le travail abdominal traditionnel, une perte du tonus de base du plancher pelvien de 20 %.
Dans le second groupe, ayant pratiqué la gymnastique hypopressive, on enregistre une augmentation du tonus de base de 58 %, une augmentation de 20 % de la force et une diminution très concrète du tour de taille.
Notons que des sportives de haut niveau peuvent présenter des incontinences à l'effort. C'est là la conséquence logique d'un travail trop important des abdominaux en concentrique accompagné d'une hyper pression abdominale. On rencontre chez ces sujets des muscles du périnée dont la force s'est développée au détriment de la tonicité qui, elle, est défaillante.

3 - Propriétés protectrices

Le péritoine contient diverses cellules mastocytes, macrocytes, plasmocytes, leucocytes. Elles assurent les défenses de l'organisme face aux agents pathogènes. La substance fondamentale du péritoine a une action sur les infections. Les fibroblastes du péritoine jouent un rôle dans l'inflammation et la cicatrisation. En effet, le péritoine a des propriétés protectrices dans les infections, les inflammations et les cicatrisations.

4 - Propriétés d'isolant thermique

Les adipocytes contenus dans le péritoine ont un rôle de protecteur thermique. Ils sont très présents au niveau du grand épiploon, ainsi qu'au niveau de la loge rénale.
Ces graisses sont plus nombreuses et plus souples chez la femme que chez l'homme.

5 - Propriétés d'échange

La substance fondamentale du tissu conjonctif a une action physique et métabolique sur l'activité de la cellule.

Comme tout tissu, le péritoine peut subir des agressions, des tensions susceptibles d'entraîner des perturbations tissulaires.
Ces agressions, ces tensions sont d'origines diverses. Elles peuvent provenir :

- d'inflammations, d'infections pouvant laisser des zones cicatricielles adhérentes,
- de cicatrices adhérentes post-opératoires,
- de chocs violents, de traumatismes,
- de chocs compressifs et répétitifs,
- de tensions psychologiques.

Le facteur psychologique bien que plus difficile à cerner semble avoir une influence non négligeable. Tout stress psychologique, à condition qu'il soit important, influence le tonus de base. Les fibres musculaires lisses contenues dans la structure viscérale et dans certaines zones du tissu conjonctif peuvent alors réagir au stress. L'augmentation du tonus peut favoriser l'apparition de zones de tensions. L'expérience clinique montre que chez les patients présentant des troubles psychosomatiques, on retrouve systématiquement, à l'examen, des tensions tissulaires internes.
On invoque de plus en plus souvent dans nos sociétés la relation psycho-somatique pour expliquer différents troubles. Elle est certes bien réelle dans certains cas, les dernières recherches sur le cancer mettent en évidence une relation entre la qualité du stress et l'organe atteint. Mais elle n'a rien de magique. Pour la comprendre, il faut prendre en compte la médiation anatomique qui la rend possible et qui permet, comme on l'a remarqué précédemment, qu'un état psychologique influe sur le corps. Cette médiation, cet intermédiaire, c'est le tissu conjonctif. Si la psychologie peut influencer l'état du corps, c'est par voie conjonctive. Dès lors, plutôt que de parler de relation psycho-somatique, on devrait parler de relation psycho-*viscéro*-somatique.
Mais il importe ici de rester extrêmement prudents dans l'usage que nous pouvons faire de ce type de concept. La Méthode des Chaînes ne prétend pas traiter des pathologies, encore moins prétend-elle faire appel à la psychologie. Nous déplorons que certains de nos confrères franchissent cette barrière. Ils discréditent notre intervention. En fait, notre traitement s'applique uniquement dans la phase où nous notons de simples dysfonctions. Le travail du péritoine, sa détente, produisent alors des réactions sur le plan viscéral et pariétal qui nous permettent de dire aujourd'hui que plus de 60 % des lombalgies chroniques sont d'origines viscérales. Il est vrai, cependant, que le relâchement des tensions du péritoine semble provoquer également un relâchement des tensions psychosomatiques. Comment expliquer autrement que nombre de patients libèrent, lors de consultations, des émotions qu'auparavant ils ne parvenaient pas à formuler ? Cela néanmoins ne nous autorise pas à dépasser notre domaine de compétence. Si un problème d'ordre psychosomatique se présente, notre traitement aura seulement pour but de libérer la dimension somatique afin que le patient puisse mieux coopérer ultérieurement avec le

psychiatre ou le psychologue.
Par contre, il est de notre domaine de libérer, de détendre toute tension du péritoine qui peut logiquement et à terme, se traduire par une symptomatologie viscérale fonctionnelle et avoir un retentissement sur la statique et la dynamique de l'ensemble des chaînes, c'est-à-dire le comportement global du sujet. Nous savons, par notre analyse de l'anatomie, que toute perturbation au niveau du péritoine aura une influence sur l'ensemble des propriétés dégagées : un traitement réalisé dans le respect de cette anatomie est selon nous le seul susceptible de résorber les dysfonctions qui en entravent le fonctionnement.

IV - Les prolongements du péritoine viscéral et du péritoine pariétal

Le péritoine pariétal postérieur se prolonge à l'intérieur de la cavité abdominale sous la forme de replis. Ce sont les mésos. Ces derniers se continuent avec le péritoine viscéral de l'organe. Les replis péritonéaux reliant les organes entre eux se nomment les épiploons.
Les replis reliant les organes à la paroi se nomment les ligaments.
Quant aux fascias, bien qu'ils soient rétro-péritonéaux, ils relient la paroi postérieure d'un organe à la face antérieure de la paroi abdominale postérieure. (Fig n° 17)
Précisons les particularités anatomiques de chacun de ces éléments.

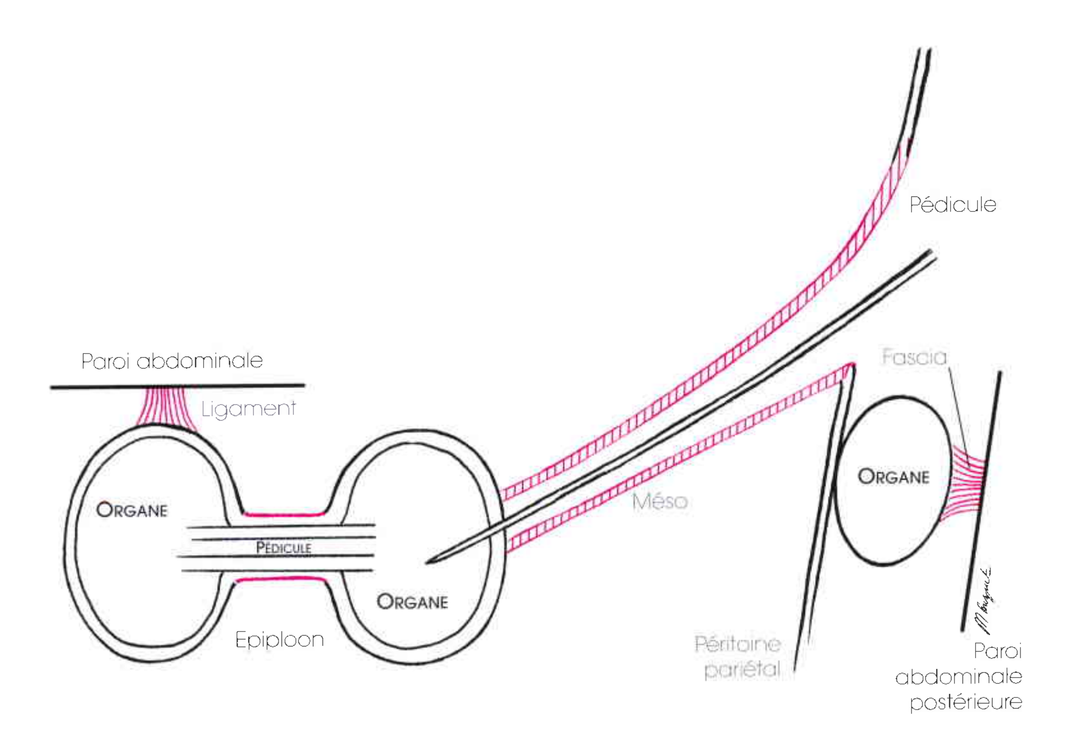


Fig. n° 17 : Les prolongements du péritoine viscéral et du péritoine pariétal

1 - Les mésos

Lorsque le péritoine pariétal postérieur passe en avant des organes rétro-péritonéaux, il est prolongé par des replis qui sont appelés des «mésos» et qui vont rejoindre le péritoine viscéral d'un organe.
Les mésos assurent une relative mobilité aux organes auxquels ils sont destinés.
Parmi les mésos, on distingue, le méso-colon transverse, le mésentère, le méso-sigmoïde.

A - Le méso-colon transverse
C'est le prolongement du P.P.P lorsqu'il va rejoindre le péritoine viscéral du colon transverse.
La position du méso-colon transverse est oblique, à la fois de bas en haut et de droite à gauche.
Le méso-colon transverse divise la cavité abdominale en deux étages :
- sus-méso-colique, (voir schéma n° 18)
- sous-méso-colique.

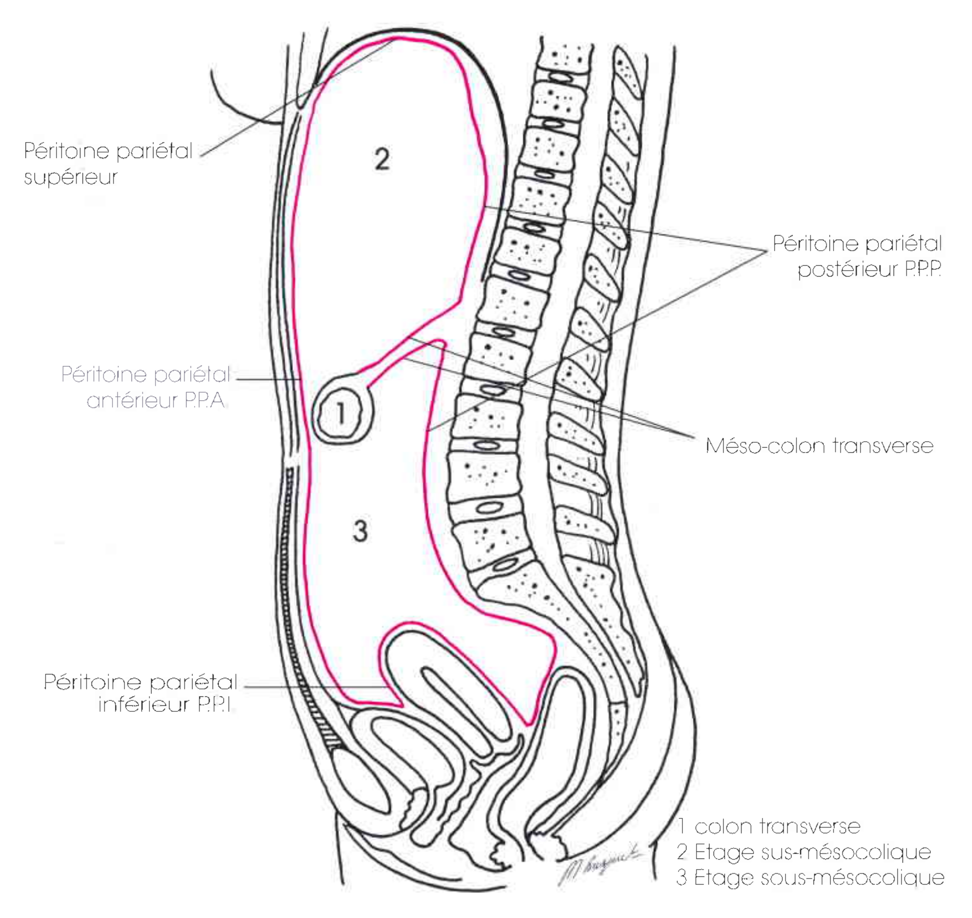


Fig n° 18 : le péritoine pariétal de profil

A l'étage ***sus-méso-colique***, on trouve les organes suivants:

- oesophage abdominal,
- estomac,
- duodénum, première et deuxième partie,
- pancréas,
- foie,
- vésicule biliaire,
- rate.

La plupart de ces organes vont être reliés entre eux par une continuité tissulaire: l'épiploon.

A l'étage ***sous-méso-colique***, on trouve les organes suivants:

- deuxième, troisième, quatrième partie duodénale,
- partie inférieure de la tête du pancréas,
- intestins grêles,
- colon ascendant,
- colon descendant,
- colon iliaque,
- colon sigmoïde.

La racine du méso-colon transverse est située au niveau antérieur de la partie inférieure de la tête du pancréas ainsi qu'au niveau du bord inférieur de la queue du pancréas.

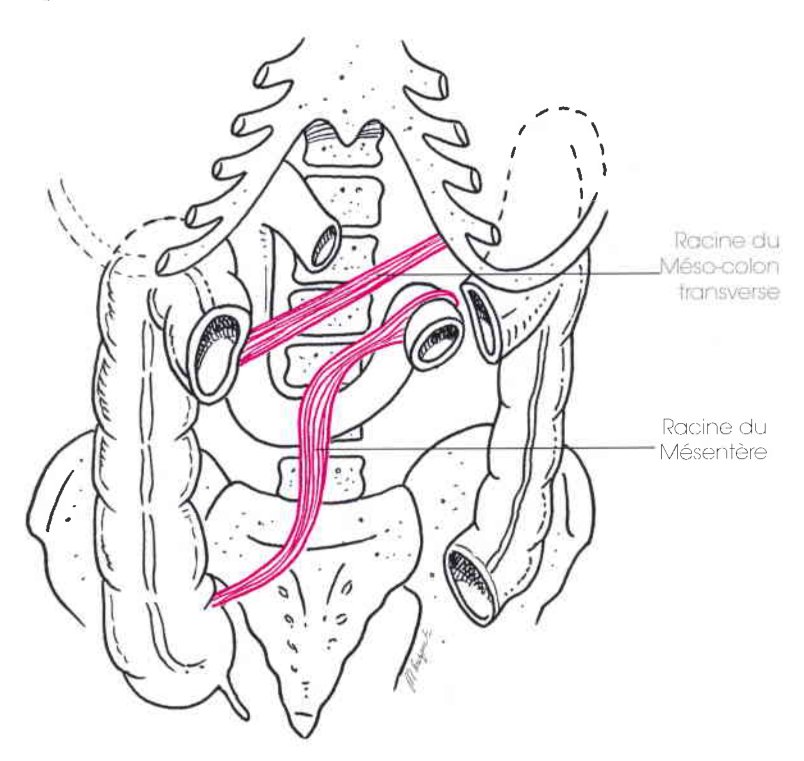


Fig. n° 19: Les racines du mésentère et du méso-colon transverse

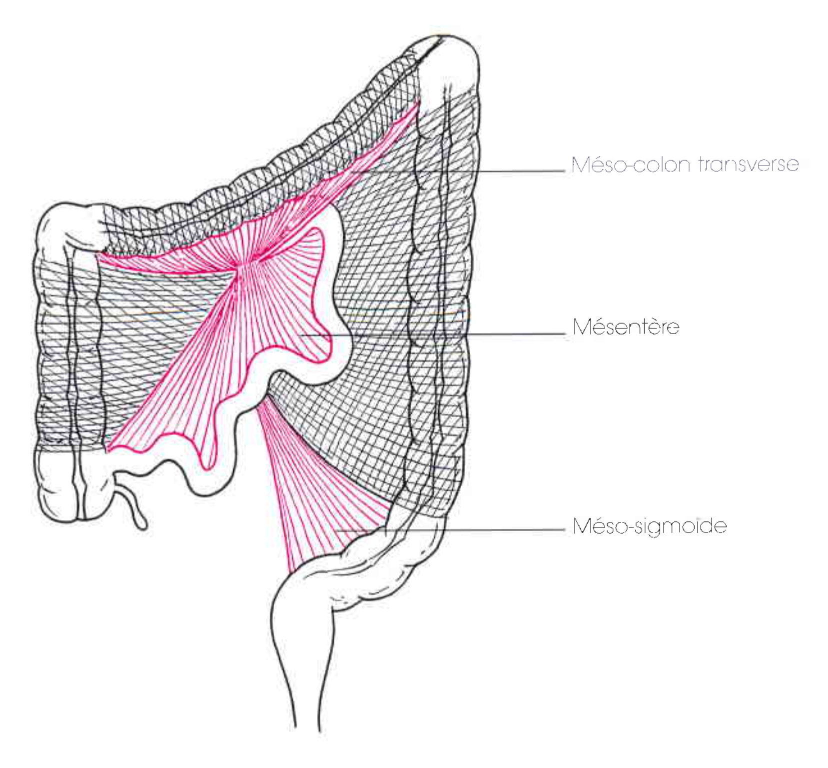


Fig. n° 20 : Les mésos

B - Le mésentère

C'est le prolongement du P.P.P lorsqu'il va rejoindre le péritoine viscéral des anses intestinales.

La racine du mésentère s'étend de l'angle duodéno-jéjunal à la jonction iléo-cæcale.

Sa position est oblique de haut en bas et de gauche à droite.

Elle mesure entre 15 et 18 cm de longueur tandis que l'extrémité du mésentère mesure 6,5 mètres.

C - Le méso-sigmoïde

C'est le prolongement du P.P.P lorsqu'il va rejoindre le péritoine viscéral du sigmoïde par deux racines : la racine primaire, qui se trouve au niveau de la bifurcation aortique, du côté de la face antérieure de S3, la racine secondaire, qui se trouve au niveau de la bifurcation aortique au niveau du bord interne du muscle psoas gauche.

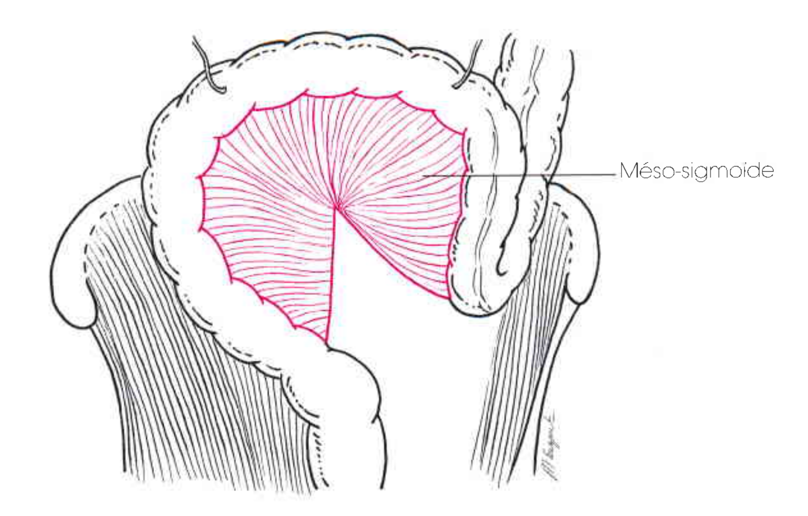


Fig. n° 21 : Le méso-sigmoïde

2 - Les épiploons

Les épiploons sont le prolongement du péritoine viscéral d'un organe qui va rejoindre le péritoine viscéral d'un autre organe. Ils sont donc formés de deux feuillets.
On distingue quatre épiploons :

- le petit épiploon,
- le grand épiploon,
- l'épiploon gastro-splénique,
- l'épiploon pancréatico-splénique.

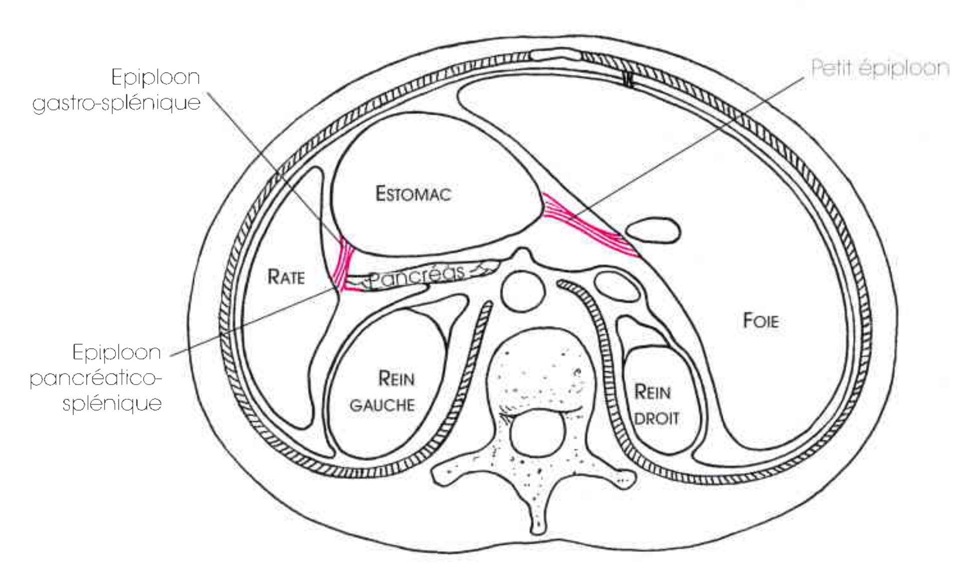


Fig. n° 22 : Les épiploons (coupe transversale)

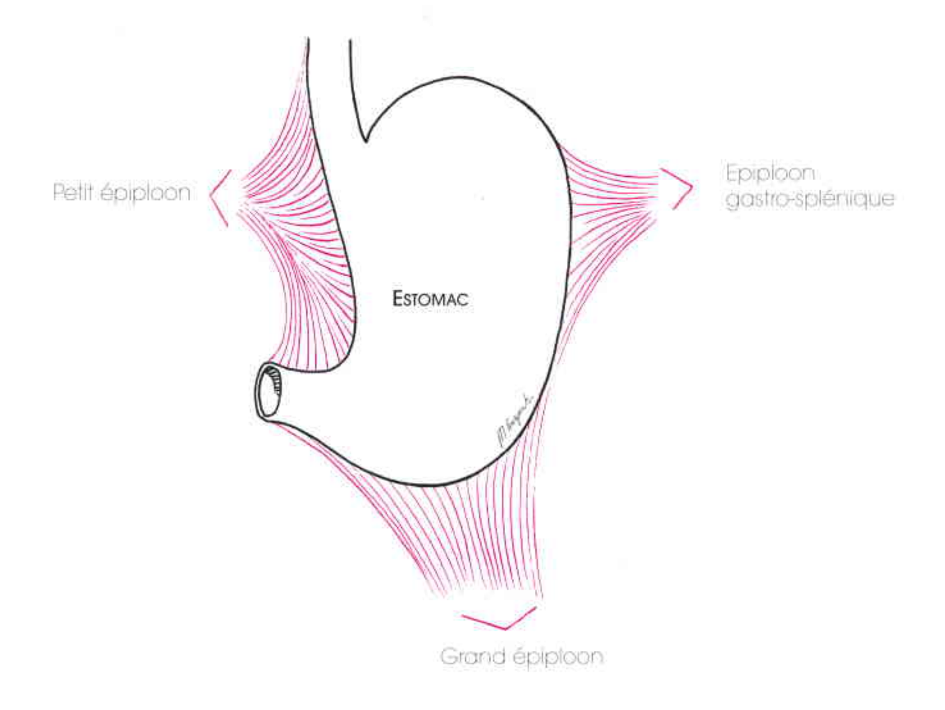


Fig. n° 23 : Les épiploons

A - Le petit épiploon ou petit omentum ou ligament hépato-gastrique

Considéré sous le plan frontal, il a la forme d'une lame quadrilatère. Le long de son parcours, il est en contact avec :

- le bord droit de l'œsophage abdominal,
- la petite courbure de l'estomac,
- la face supérieure et postérieure de la première partie du duodénum,
- le pédicule hépatique.

De cette manière, il plaque la vésicule biliaire contre la face inférieure du foie. Son prolongement postérieur trouve son point d'attache sur le diaphragme.

B - Le grand épiploon ou grand omentum

Il part du péritoine viscéral de l'estomac au niveau de la grande courbure et rejoint :

- le péritoine viscéral du bord inférieur de la première partie du duodénum,
- le péritoine viscéral du colon transverse.

Au niveau du colon tranverse, il se nomme le ligament gastro-colique. Ce ligament gastro-colique s'attache au P.P.P par une racine au niveau de la face antérieure du pancréas. Cette racine est en continuité avec la racine du méso-colon transverse.

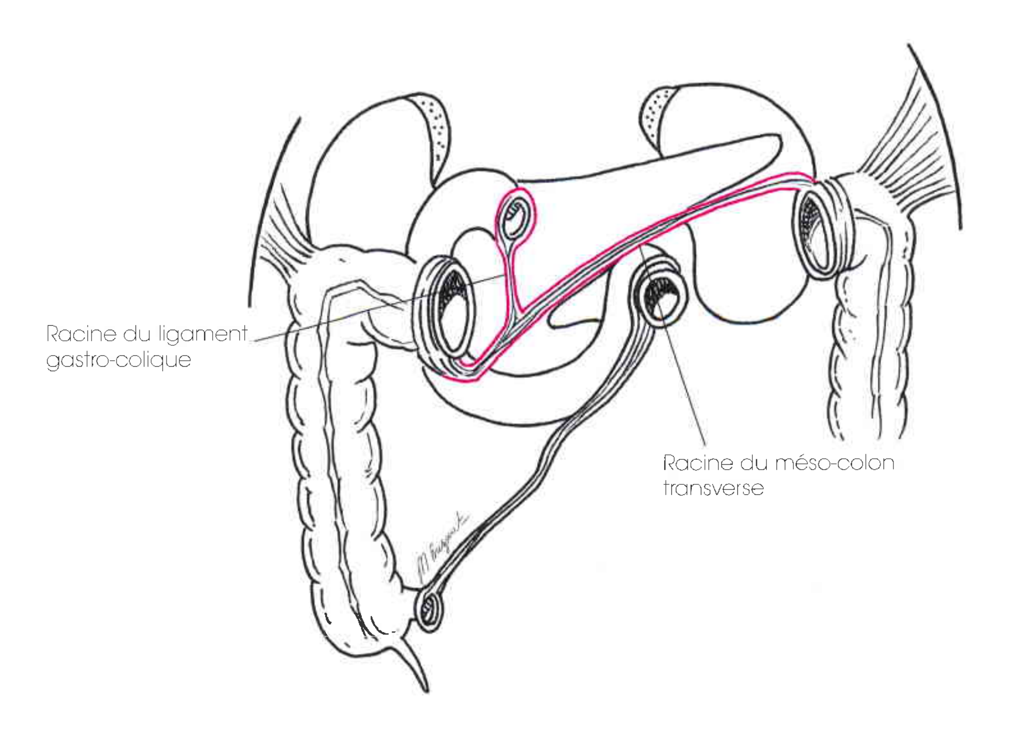


Fig. n° 24 : Le grand épiploon et son attache par le ligament gastro-colique sur la face antérieure du pancréas

Le grand épiploon se prolonge vers le bas et recouvre les anses intestinales. Il est formé de deux lames à deux feuillets chacune. Elles contiennent une quantité importante de graisses chez l'adulte. Son bord inférieur est libre. Il est en arrière de la paroi abdominale antérieure.
Le grand épiploon se prolonge à gauche par l'épiploon gastro-splénique.
Chez le nouveau-né, le grand omentum ne descend pas plus bas que le colon transverse. A partir de huit ans seulement, les feuillets contiennent de la graisse.

C - L'épiploon gastro-splénique ou ligament gastro-splénique
Il prolonge le ligament gastro-colique au niveau de la grande courbure de l'estomac et va rejoindre le péritoine viscéral de la rate au niveau de son hile.
Le feuillet postérieur de cet épiploon va alors se réfléchir pour former le feuillet antérieur de l'épiploon pancréatico-splénique.

D - L'épiploon pancréatico-splénique
Il part du péritoine viscéral de la queue du pancréas. Il va rejoindre le péritoine viscéral de la rate qui est le feuillet postérieur de l'épiploon gastro-splénique.
Le feuillet postérieur de l'épiploon pancréatico-splénique se réfléchit alors pour devenir le P.P.P.

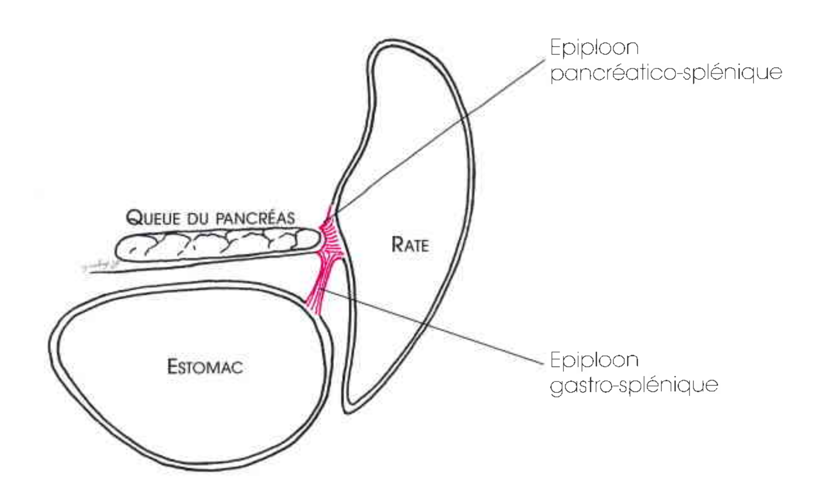


Fig. n° 25 : L'épiploon pancréatico-splénique

Observations :
Les épiploons sont en continuité les uns avec les autres mais aussi avec
- le diaphragme (petit épiploon),
- le méso-colon transverse (grand épiploon),
- le P.P.P (grand épiploon et épiploon pancréatico-splénique).

Les épiploons sont des conducteurs de pédicules vasculaires et de nerfs.

3 - Les ligaments

Les ligaments sont le prolongement du péritoine viscéral. Ils rejoignent :
- soit la face inférieure du diaphragme,
- soit la paroi abdominale antérieure,
- soit un autre organe.

Les ligaments présentent également deux feuillets.

4 - Les fascias : tissu rétro-péritonéal

Primitivement, les organes sont libres dans la cavité abdominale.
Pendant l'évolution embryologique, se produit un allongement de l'intestin primitif accompagné de sa rotation. Certains organes vont se plaquer contre le péritoine pariétal postérieur primitif. Le feuillet postérieur de leur méso va alors s'accoler au P.P.P primitif. On nomme *fascia* la jonction de ces deux feuillets accolés. L'organe semble alors rétro-péritonéal. Sa face antérieure est tapissée du P.P.P définitif.
Le fascia est avasculaire. On distingue trois fascias correspondant à trois zones spécifiques :

- le fascia de Treitz ou fascia rétro-pancréatique (duodénum - pancréas),
- le fascia de Toldt droit ou fascia rétro-colique droit (colon ascendant),
- le fascia de Toldt gauche ou fascia rétro-colique gauche(colon descendant),

Ces organes, du fait du contact étroit qui les maintient aux fascias, sont peu mobiles.

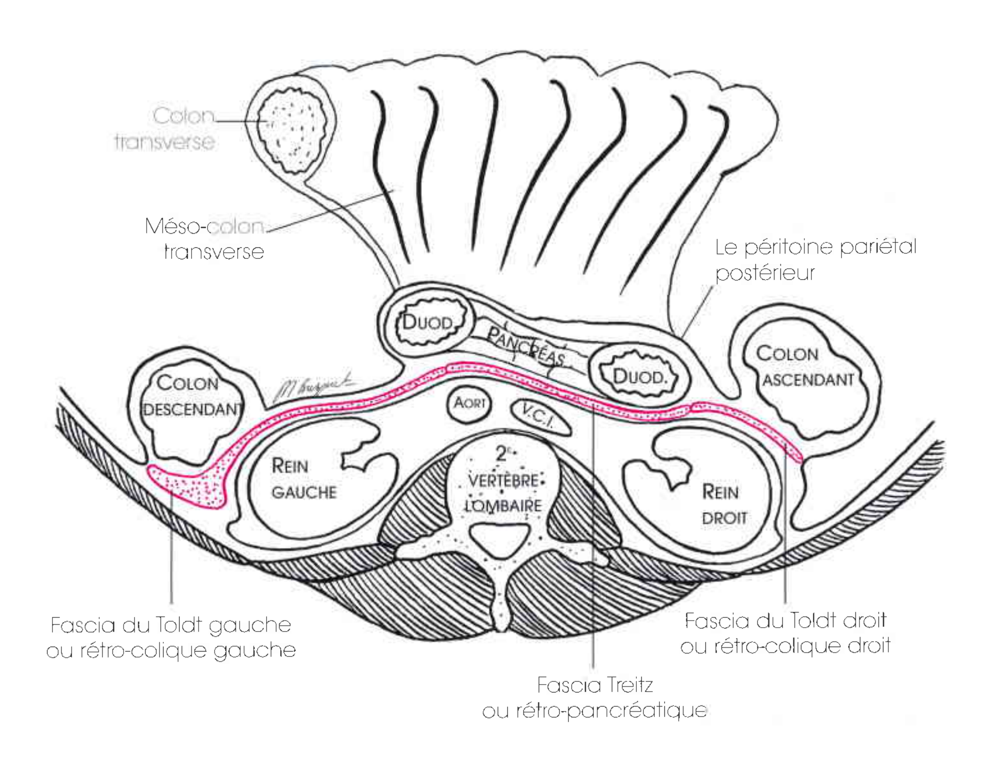


Fig. n° 26 : Les fascias

V - Les continuités tissulaires de chaque organe péritonisé.

1 - L'estomac

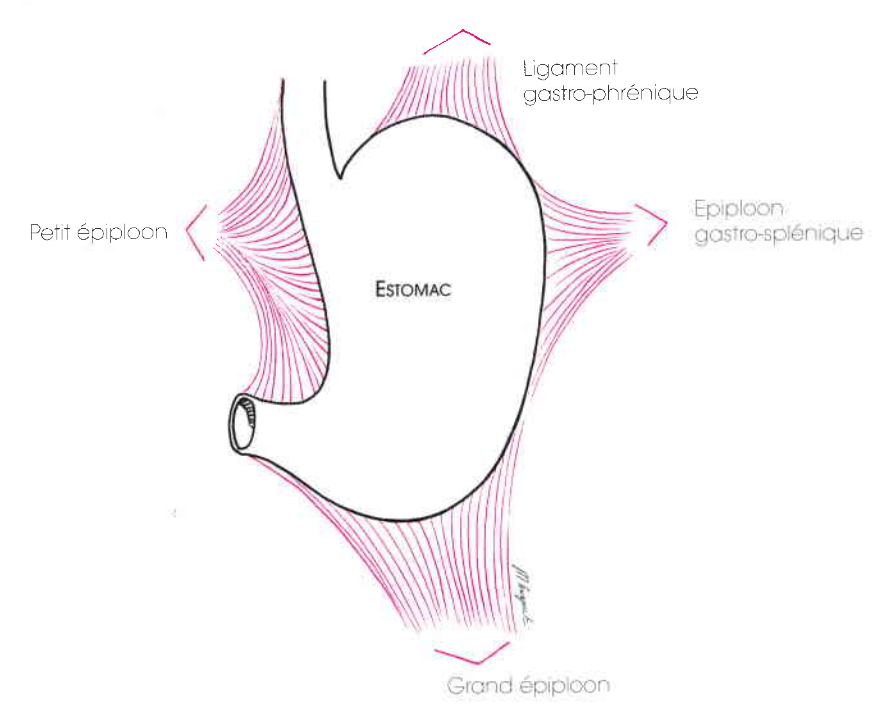


Fig. n° 27 : L'estomac

Il est entièrement péritonisé.

Le péritoine viscéral (PV) de l'estomac se prolonge par plusieurs structures.

- Le ligament gastro-phrénique. Il va de la grosse tubérosité de l'estomac au péritoine diaphragmatique. Certaines de ses fibres sont destinées au pilier gauche du diaphragme. Le ligament gastro-phrénique se prolongeant:
  . à droite, par un feuillet de la faux de la coronaire,
  . en haut, par le méso-œsophage et la membrane phréno-œsophagienne,
  . à gauche, par le ligament phrénico-splénique.
- L'épiploon gastro-splénique appelé également ligament gastro-splénique.
- Le grand épiploon.
- Le petit épiploon ou ligament hépato-gastrique. Il a été décrit au chapitre IV.
- L'épiploon gastro-splénique est continu avec le grand épiploon.
- Le mésogastre. Il se trouve du côté de la face postérieure de l'estomac. Il se prolonge en devenant le ligament gastro-phrénique.

Observations :

L'estomac n'est pas suspendu dans la cavité abdominale, il est *amarré* aux structures environnantes :

- par le méso à la paroi abdominale postérieure,
- par le ligament gastro-phrénique à la paroi abdominale supérieure,
- par les épiploons aux organes environnants : rate, foie, colon transverse.

Notons que l'œsophage est appliqué contre la face antérieure des corps vertébraux jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale et qu'il s'attache à la base du crâne (à ce niveau il s'appelle le nasopharynx) au niveau des ailes internes des apophyses pterygoïde du sphénoïde

2 - Le duodénum

Le duodénum est un cadre. Il comprend quatre portions appelées D1, D2, D3, D4.
D1 est horizontale et passe en avant de L1.
Sur son bord supérieur et postérieur, se trouve le petit épiploon.
Sur son bord inférieur, se trouve le ligament gastro-colique. Il est péritonisé.
D2 est verticale et descend à droite de la colonne lombaire de L1 → L4.

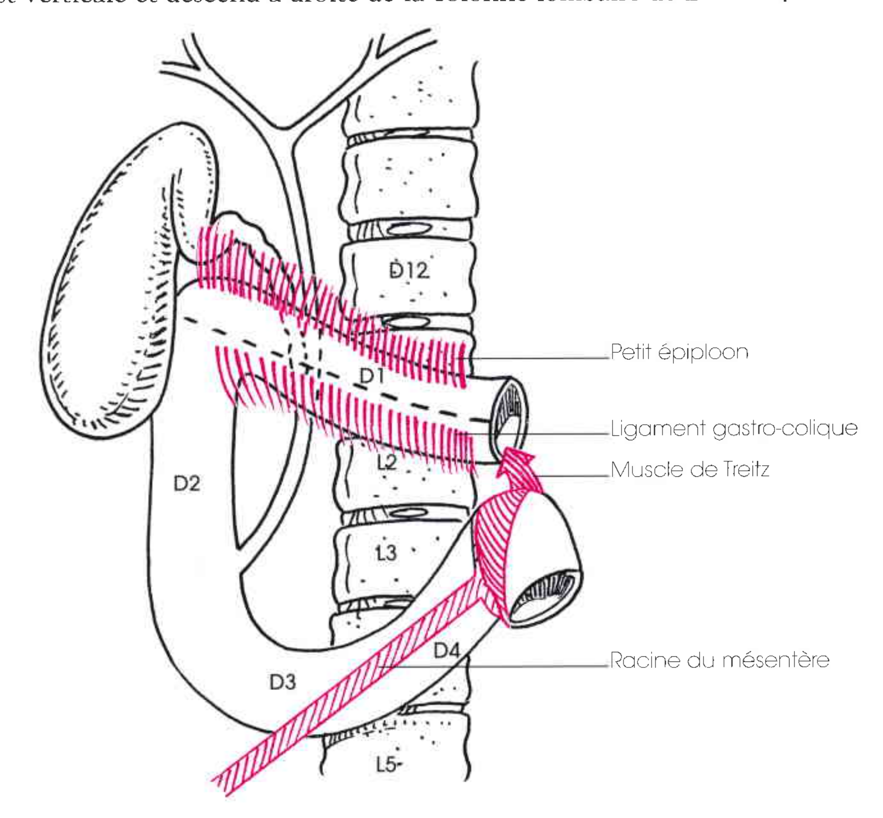


Fig. n° 28 : Le duodénum

Sa face antérieure est recouverte par le P.P.P.
Sa face postérieure est appliquée contre :

- la V.C.I,
- la veine spermatique droite,
- la veine ovarienne droite,
- le pédicule rénal droit,
- l'uretère droit dont elle est séparée par le fascia de Treitz.

D3 passe transversalement en avant de L4.
Sa face antérieure est recouverte par le P.P.P puis par les anses grêles. A ce niveau, elle rencontre en la croisant la racine du mésentère et du méso-colon transverse.
Sa face postérieure est appliquée contre :

- la V.C.I,
- l'aorte,
- le début de l'artère mésentérique inférieure dont elle est séparée par le fascia de Treitz (fascia rétro-pancréatique).

D4 est située le long du flanc gauche de la colonne lombaire de L4 → L2
Sa face antérieure est recouverte par le P.P.P, puis par les anses intestinales. A ce niveau, elle rencontre en la croisant la racine du méso-colon transverse.
Sa face postérieure est appliquée contre :

- la gaine du psoas,
- les vaisseaux rénaux, spermatiques, ovariens gauches.

Son extrémité supérieure correspond à l'attache du muscle de Treitz qui s'étend :

- sur le pilier gauche ou droit du diaphragme,
- sur le pourtour de l'orifice oesophagien,
- sur l'orifice aortique à gauche.

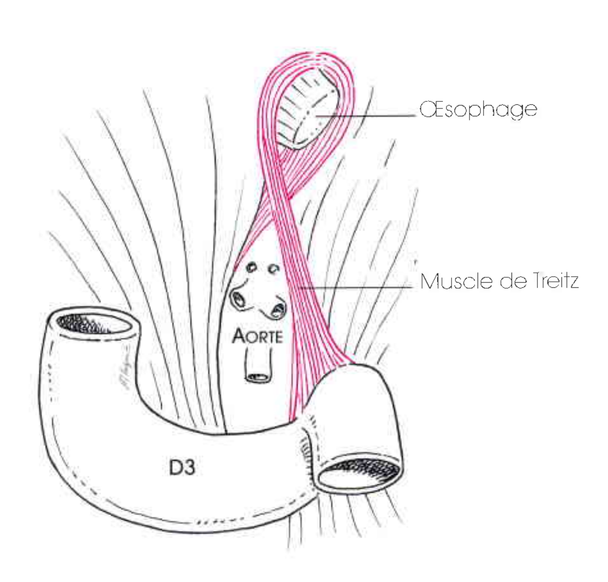


Fig. n° 29 : Muscle de Treitz

Le muscle de Treitz, également appelé muscle suspenseur du duodénum, est un prolongement du fascia de Treitz.

Sur la face interne de D4, le P.P.P, qui passe en avant du duodénum, est prolongé par le feuillet du mésentère. Le duodénum est accolé à sa face postérieure par le fascia de Treitz appelé également fascia rétro-pancréatique. Malgré cet ancrage fascial qui assure au duodénum la stabilité de sa position lors de mouvements, le duodénum s'abaisse légèrement lorsque nous passons en position debout.

Observations :
Bien que le duodénum soit situé en profondeur et bien qu'il soit rétro péritonéal, on relève une fois de plus, à son niveau, une continuité tissulaire. Elle est repérable :

- à droite, avec le petit épiploon, D1,
- au milieu, avec le ligament gastro-colique,
- à gauche, au niveau de D4, la continuité tissulaire du P.P.P étant assurée par un feuillet du mésentère. En outre, on trouve aussi, à ce niveau, le muscle suspenseur duodénal, appelé également muscle de Treitz, qui s'attache sur les piliers du diaphragme.

La continuité tissulaire assure la corrélation du duodénum avec la paroi supérieure de l'abdomen et avec d'autres organes.

3 - Le pancréas

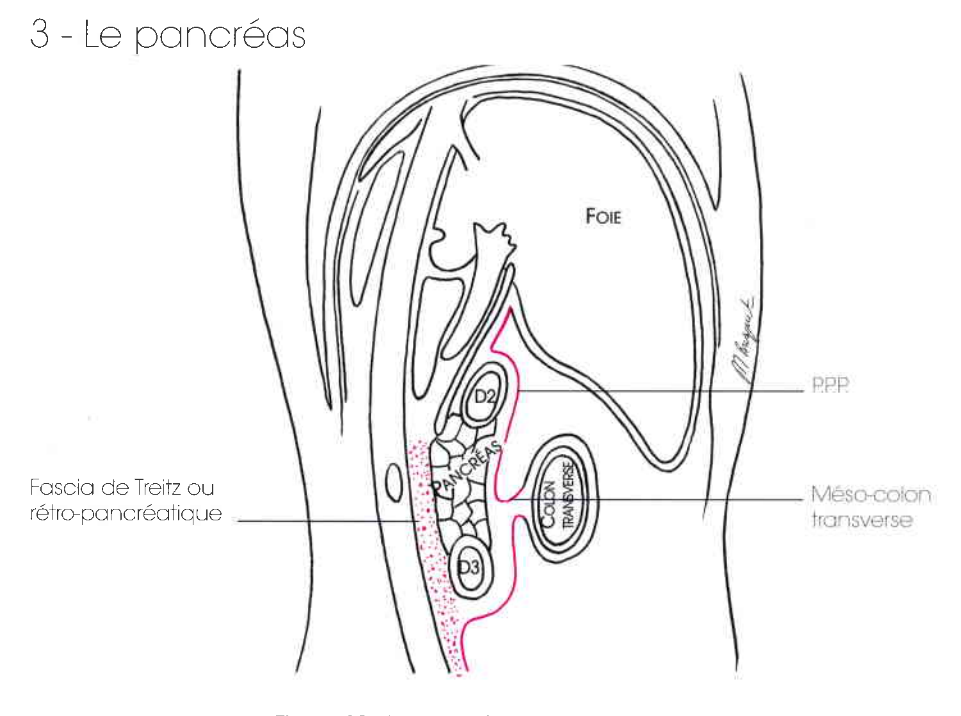


Fig. n° 30 : Le pancréas (coupe frontale)

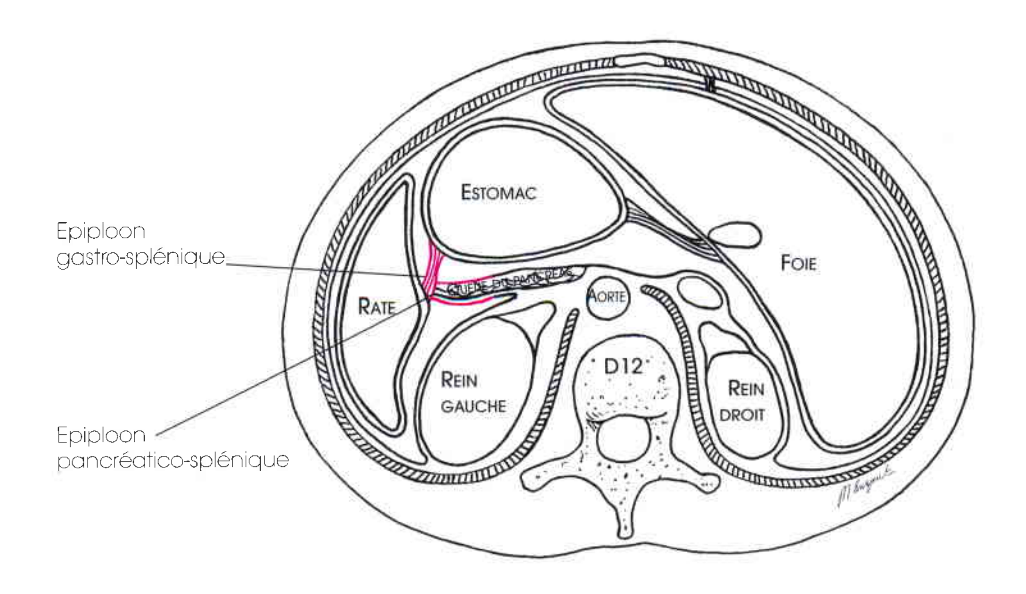


Fig. n° 31 : Le pancréas (coupe transversale)

Le duodénum s'enroule autour de la tête du pancréas de même qu'une roue autour d'une jante. De cette manière, le pancréas est uni au duodénum.
La face antérieure du pancréas est recouverte du P.P.P d'où part la racine du méso-colon transverse qui divise la tête du pancréas en une partie sus-méso-colique et une partie sous-méso-colique.
Dans la partie sus-méso-colique, on constate un accolement du feuillet postérieur du grand épiploon au P.P.P par le biais du fascia pré-pancréatique sus-méso-colique.
Dans la partie sous-méso-colique, on constate un accolement du P.P.P au méso-colon transverse et au méso-colon ascendant par le biais du fascia pré-pancréatique sous-méso-colique.
Sur la face postérieure, au niveau de la tête du pancréas, on constate, de même, un accolement au fascia rétro-pancréatique appelé également fascia de Treitz.
La queue du pancréas est généralement péritonisée. Elle est comprise entre les deux feuillets de l'épiploon pancréatico-splénique.

Observations :
Le duodénum et le pancréas sont rétro-péritonisés.
En arrière d'eux, se situe le fascia rétro-pancréatique.
En avant, on trouve le P.P.P d'où partent les racines du mésocolon transverse et du mésentère.

4 - La rate

La rate est entièrement péritonisée. Le P.V de la rate est prolongé par :

- l'épiploon gastro-splénique,
- l'épiploon pancréatico-splénique dont le feuillet antérieur est une réflexion du feuillet postérieur de l'épiploon gastro-splénique,
- le ligament phréno-splénique qui va du pôle supérieur de la rate au péritoine diaphragmatique et se continue à droite par le ligament gastro-phrénique,
- le ligament spléno-colique qui va du pôle inférieur de la rate à l'angle colique gauche.

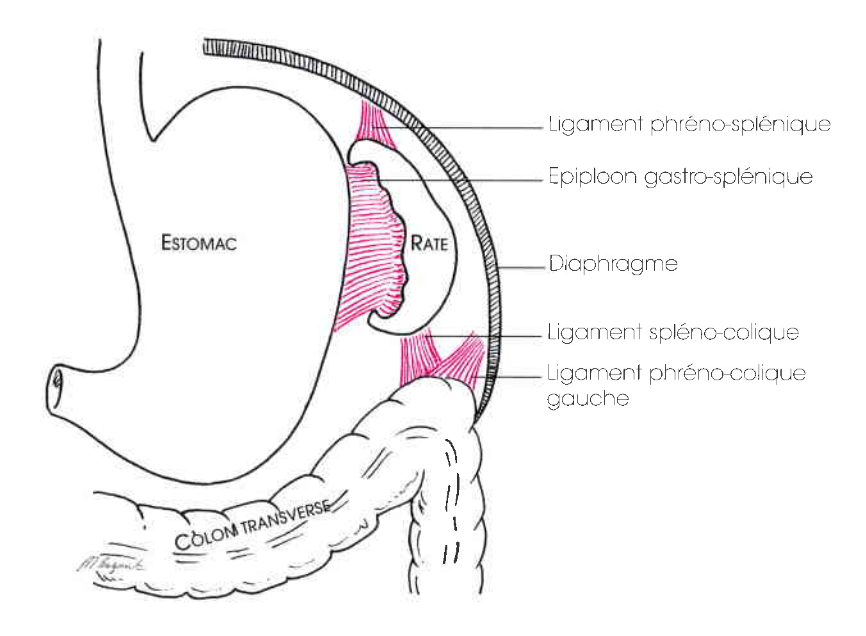


Fig. n° 32 : La rate

Observations :
La rate n'est pas *suspendue* dans la cavité abdominale, elle y est amarrée. Ses points d'amarrage sont :

- les organes voisins :
  . estomac,
  . pancréas,
  . angle colique gauche,
- la paroi abdominale supérieure.

5 - Le foie

Le foie est entouré d'une gaine fibreuse appelée *tunica fibrosa* ou capsule de Glisson. Elle est adhérente au péritoine viscéral.
Le foie présente trois faces. Une face antérieure, une face inférieure et une face postérieure. Chaque face du foie est amarrée aux structures voisines.
La face postérieure **:** elle n'est pas totalement recouverte du péritoine viscéral à cause des attaches du ligament coronaire et du ligament phréno-hépatique. Ces points d'attache vont sur la paroi abdominale postérieure, au niveau de la portion verticale du diaphragme.
Le ligament coronaire est prolongé sur la face supérieure du foie par :

- le ligament triangulaire droit qui rejoint le diaphragme,
- le ligament triangulaire gauche, qui fixe le lobe gauche du foie à la paroi abdominale supérieure, c'est-à-dire au diaphragme.

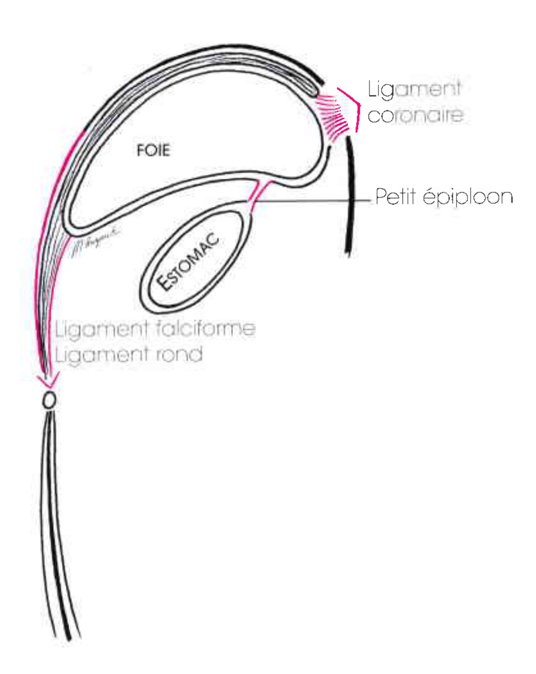


Fig. n° 33 : Le ligament coronaire

La face antérieure **:** elle se moule sous la face inférieure du diaphragme. Elle est recouverte du péritoine viscéral. Ce dernier, depuis la face antérieure du foie, se joint au péritoine pariétal diaphragmatique et forme le ligament falciforme.
Le ligament falciforme se prolonge alors :

- ***en avant,*** sur la face interne de la paroi abdominale antérieure, à droite de la ligne médiane, où il devient le P.P.A sus-ombilical ; au niveau du bord antérieur du foie, les deux feuillets du ligament falciforme formant

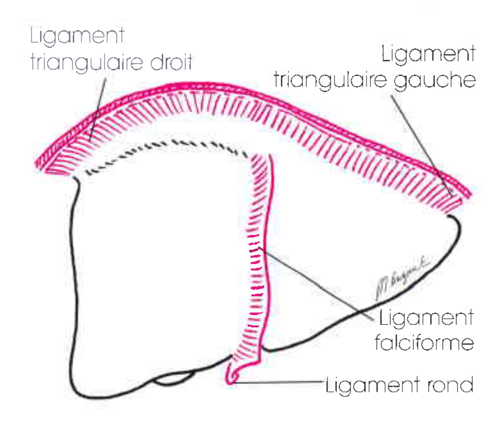


Fig. n° 34 : Les ligaments hépatiques

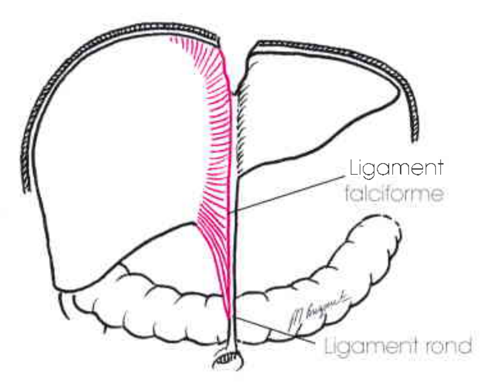


Fig. n° 35 : Le ligament falciforme
et le ligament rond

une gouttière où chemine le ligament rond qui se fixe à la partie postérieure et supérieure de l'ombilic,

- ***en arrière,*** par le ligament coronaire. Le feuillet inférieur du ligament coronaire se prolongeant sur la portion verticale du diaphragme, va longer la V.C.I et rejoindre le petit épiploon.

La face inférieure : elle est recouverte du péritoine viscéral sauf au niveau de la vésicule biliaire. Celle-ci est plaquée contre le foie par le péritoine viscéral qui passe au-dessus d'elle. A ce niveau, se trouve l'attache du petit épiploon. Le petit épiploon rejoint ensuite, postérieurement, le feuillet inférieur du ligament coronaire.

Le petit épiploon présente, du côté de son bord droit, le pédicule dit sous-hépatique, c'est-à-dire :

- la veine porte,
- l'artère hépatique,
- les voies biliaires extra hépatiques,
- les nerfs et lymphatiques hépatiques.

Du petit épiploon part :

- le ligament cystico-duodénal, voir figure 42,
- le ligament hépato-rénal à la face antérieure du rein droit,
- le ligament cystico-duodéno-rénal.

Observation :

Lors de la formation embryologique du foie, la masse de ce dernier augmente. Cette augmentation est liée au fait que le foie adhère alors au diaphragme mais aussi à la paroi abdominale antérieure. A partir de là, il est en contact avec :

- la paroi abdominale antérieure,
- la paroi abdominale supérieure
- la paroi abdominale postérieure
- les organes voisins.

L'examen de l'anatomie des tissus hépatiques fait clairement apparaître un enveloppement tissulaire conjonctif amarré à toutes les structures voisines pariétales et organiques grâce à la continuité des feuillets les uns avec les autres.

6 - L'intestin grêle

L'intestin grêle est formé de quinze à seize anses intestinales dont les branches sont parallèles les unes aux autres. Ces anses occupent l'étage sous-méso-colique. Elles parcourent la distance de l'angle duodéno-jéjunal au cæcum.

Les anses supérieures sont appelées jéjunum, elles sont horizontales.
Les anses inférieures sont appelées iléon, elles sont verticales.
L'intestin grêle est entièrement péritonisé. Il est appendu à la paroi abdominale postérieure par un méso à double lame péritonéale, appelé le mésentère.

- Le bord pariétal du mésentère correspond à la racine du mésentère. Il mesure quinze à dix huit centimètres. Il s'étend de l'angle duodéno-jéjunal à la jonction iléo-cæcale.
- Le bord périphérique du mésentère entoure chaque anse intestinale. Il mesure six mètres cinquante. Il présente l'aspect d'un éventail ouvert.

La face antérieure des anses intestinales est recouverte par le grand épiploon (grand omentum) qui les sépare de la paroi abdominale antérieure.
Le grand épiploon se prolonge en haut par :

- le ligament phréno-colique droit,
- le ligament phréno-colique gauche.

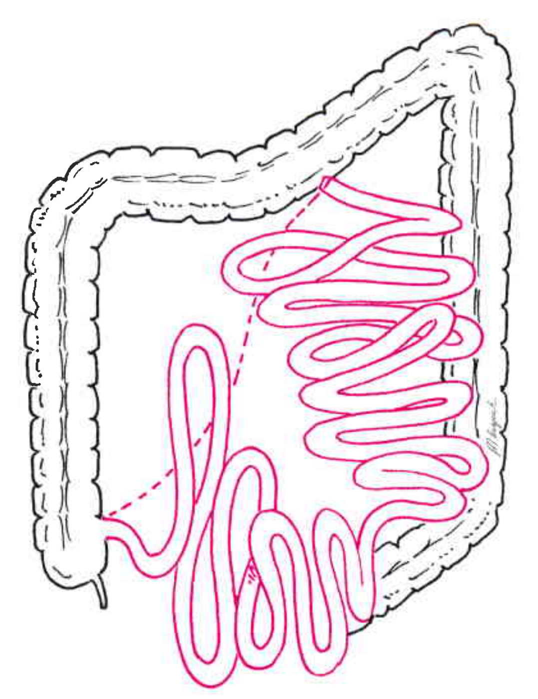


Fig. n° 36 : L'intestin grêle

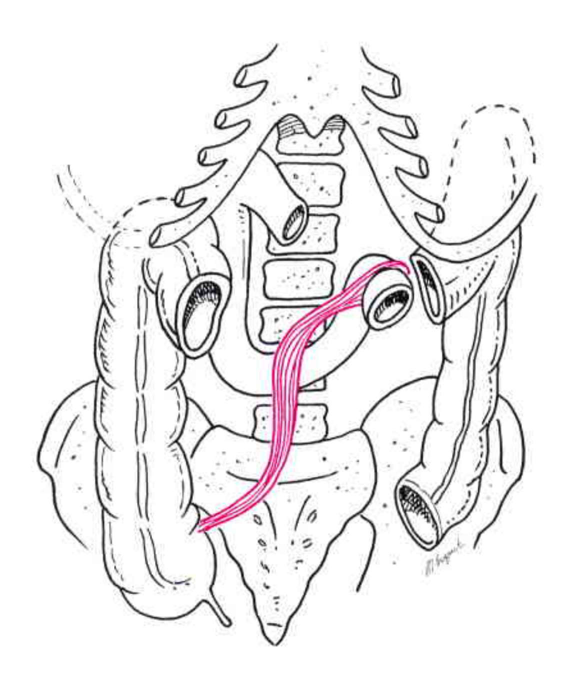


Fig. n° 37 : La racine du mésentère

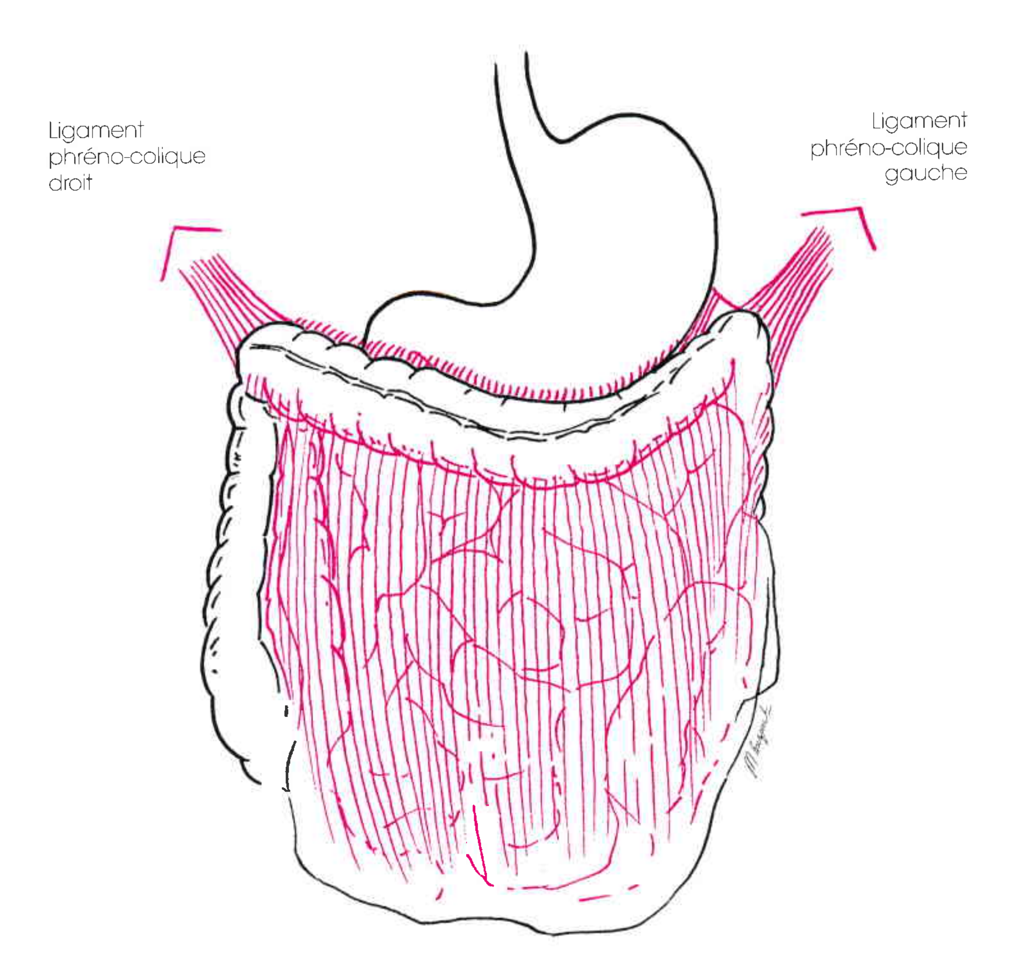


Fig. n° 38 : Grand épiploon recouvrant les anses intestinales
et les ligaments phréno-coliques

Observations :

Bien que les anses intestinales soient situées très en avant de la cavité abdominale, elles possèdent une attache, au niveau la paroi abdominale postérieure, par leur racine mésentérique.

La structure les recouvrant antérieurement se prolonge par des ligaments qui s'attachent sur le grill costal.

Les anses intestinales entretiennent des rapports étroits avec les structures musculo-aponévrotiques environnantes.

7 - Le cadre colique

A - *Le cæcum*

Il est entièrement recouvert du péritoine. Il est mobile dans la fosse iliaque droite. Le péritoine qui entoure le cæcum est un prolongement de l'extrémité de la racine inférieure du mésentère qui va lui aussi présenter :

- un feuillet antérieur, pour la face antérieure du cæcum,
- un feuillet postérieur, pour la face postérieure du cæcum.

A ces feuillets, vont s'attacher deux ligaments :

- le ligament supérieur, qui part du bord externe du cæcum et va sur la paroi ilio-lombaire droite,
- le ligament inférieur, qui part du bord interne du cæcum et va sur la paroi iliaque droite.

Le ligament appendiculo-ovarien, relié au ligament large de l'utérus, se détache parfois de l'appendice vermiculaire.

L'«écrin» organique dans lequel repose le cæcum est particulièrement riche. Il est composé par :

- le P.P.P,
- la couche celluleuse où cheminent les vaisseaux iliaques, spermatiques, ovariens, le nerf génito-crural et l'uretère,
- la couche celluleuse sous-aponévrotique où cheminent les vaisseaux circonflexes, iliaques, ilio-lombaire, les nerfs fémoro-cutané et crural,
- le plan musculaire de l'iliaque et du psoas.

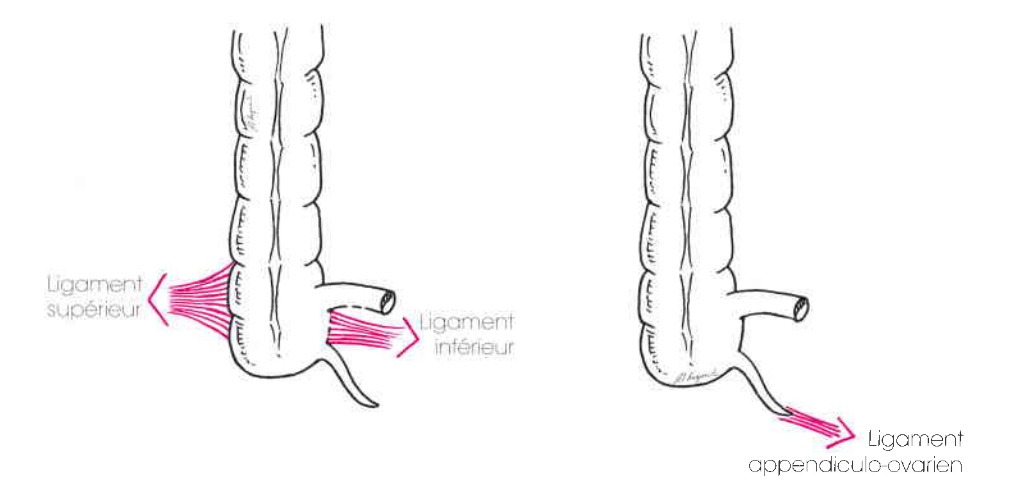


Fig. n° 39 : Les ligaments du cœcum

Fig. n° 40 : Le ligament appendiculo-ovarien

B - Le colon ascendant

Ses faces, antérieure et latérales sont recouvertes du P.P.P.
Sa face postérieure est en contact avec le fascia de Toldt droit.
Ce dernier est constitué embryologiquement par la réunion du P. P primitif avec le méso-colon ascendant. Le fascia de Toldt droit est appliqué sur le fascia iliaca, l'aponévrose du carré des lombes et le feuillet antérieur de la loge rénale.

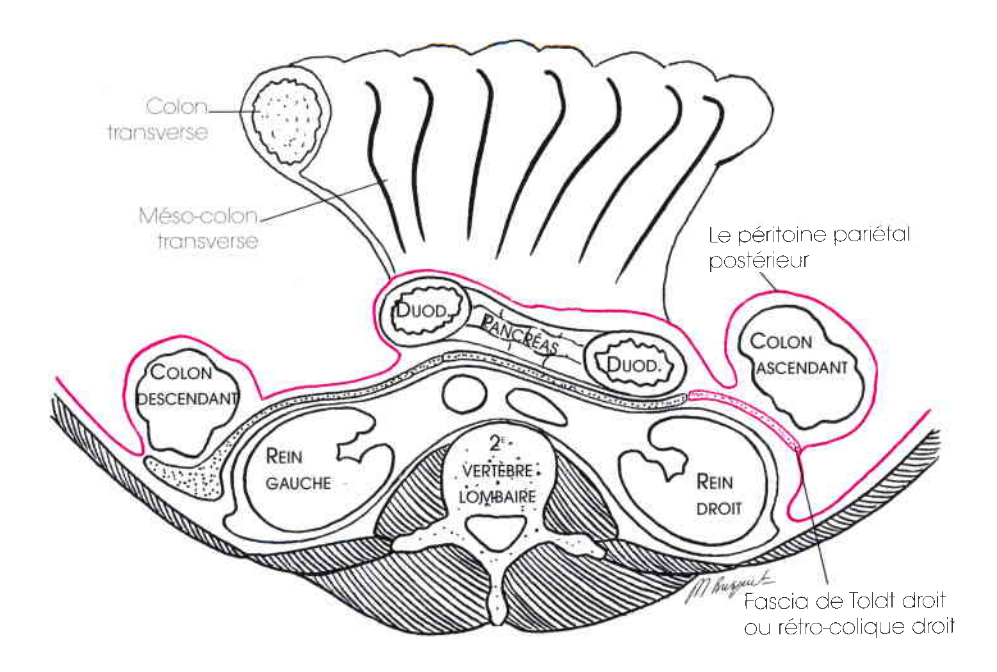


Fig. n° 41 : Le colon ascendant

C - L'angle colique droit

L'angle colique droit est péritonisé.
Il a un système de plusieurs ligaments en continuité tissulaire avec les différents épiploons, fascias et organes voisins.

- Le ligament phréno-colique droit.
  Il s'attache sur la face inférieure du diaphragme au niveau de la dixième côte droite. Il est en continuité avec le grand omentum et le fascia de Toldt droit.
- Le ligament omento-colo-pariétal. En continuité avec le grand omentum, il s'étend de l'angle colique au grand omentum.
- Le ligament cystico-duodéno-colique, il prolonge le petit épiploon.
- Le ligament cystico-colique.
- Le ligament hépato-colique.

Des anatomistes comme Bouchet, Cuilleret, signalent que cet angle peut être ptosé.

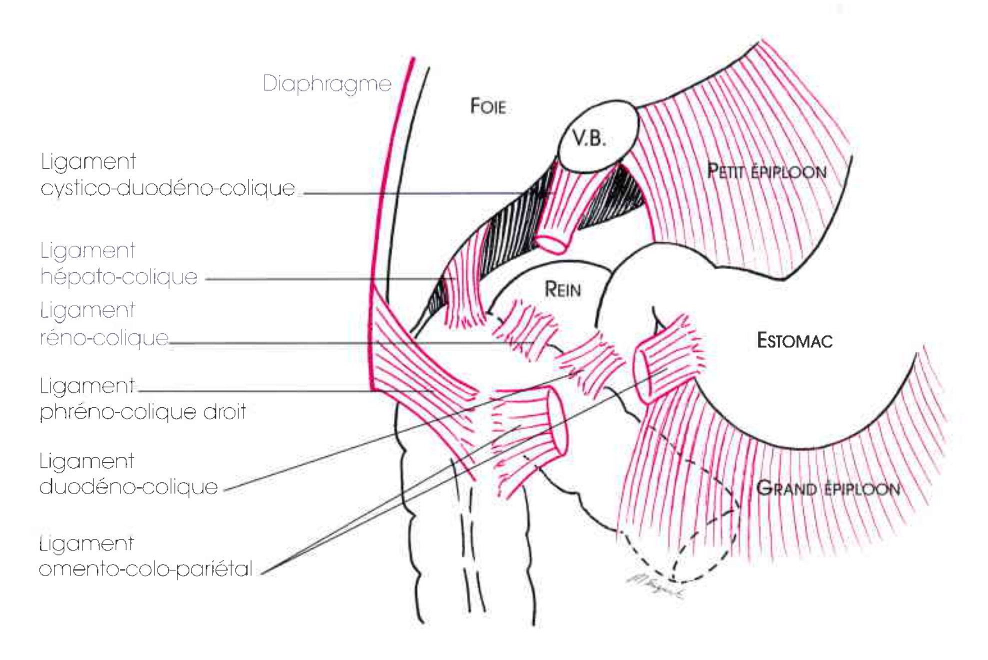


Fig. n° 42 : L'angle colique droit

D - Le colon transverse

La portion droite : elle est prolongée par le fascia de Toldt droit, du côté extérieur et par le méso-colon transverse du côté intérieur. Son méso est plus court à droite ce qui explique que le colon transverse est moins mobile à droite qu'à gauche.

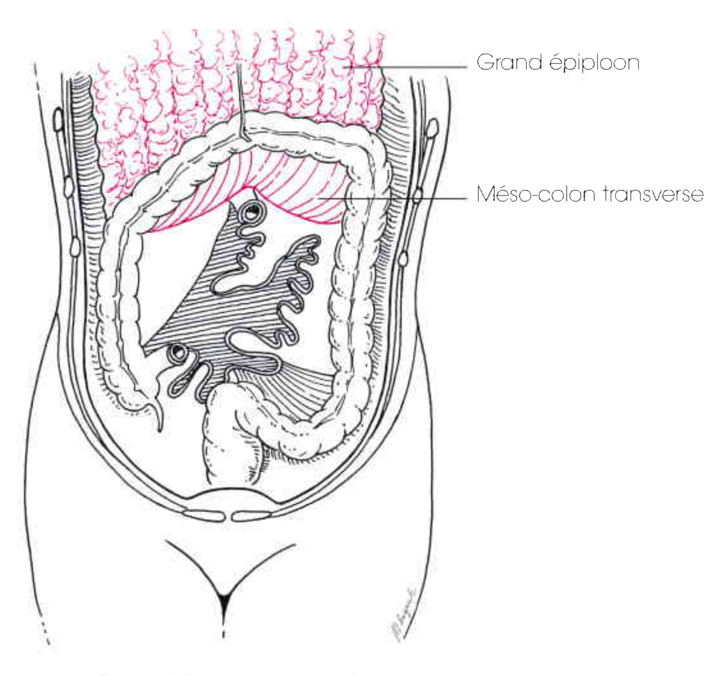


Fig. n° 43 : Le colon transverse

La portion gauche : cette portion est plus mobile car son méso est plus long. Quand elle se rapproche de l'angle colique gauche, le méso devient plus court et le colon gauche se plaque contre le pôle supérieur du rein gauche.

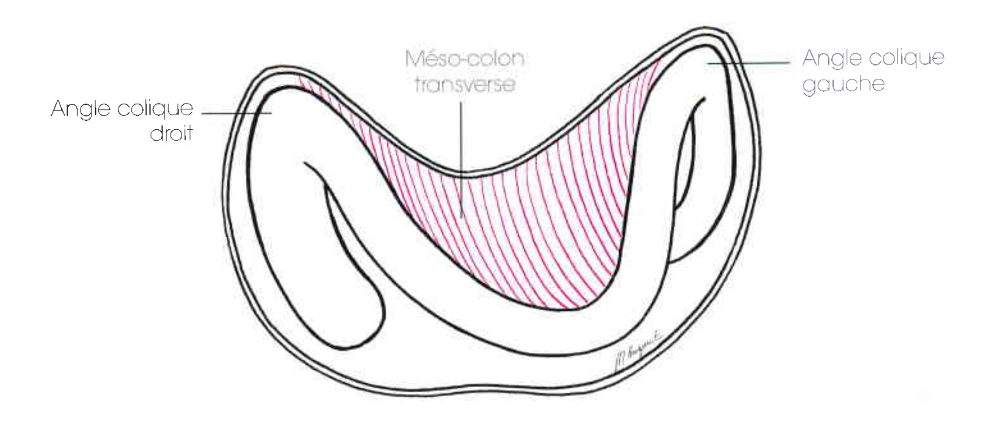


Fig. n° 44 : Le colon transverse (vue supérieure)

On constate une continuité tissulaire entre le grand omentum et le méso-colon transverse.

E - L'angle colique gauche

L'angle colique gauche est péritonisé.
Son système ligamentaire présente une continuité tissulaire avec les différents fascias et épiploons.

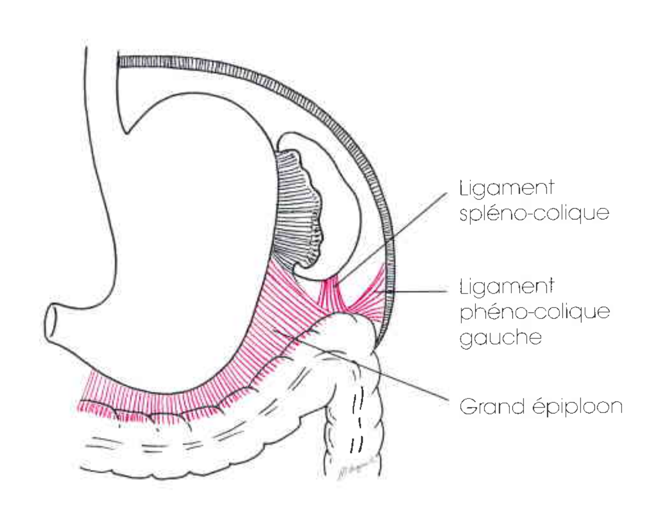


Fig. n° 45 : L'angle colique gauche

Le ligament phréno-colique gauche s'attache sur la face inférieure du diaphragme au niveau de la huitième côte gauche. Il est plus profond et plus haut que le droit. Il présente une continuité tissulaire avec :

- le grand omentum,
- le ligament spléno-colique,
- la partie supérieure du fascia de Toldt gauche.

F - Le colon descendant

Il est plaqué contre la paroi abdominale postérieure par l'intermédiaire du fascia de Toldt gauche qui une fois sur six n'existe pas. Il est recouvert latéralement et antérieurement par le P.P.P en avant duquel se trouvent les anses intestinales.

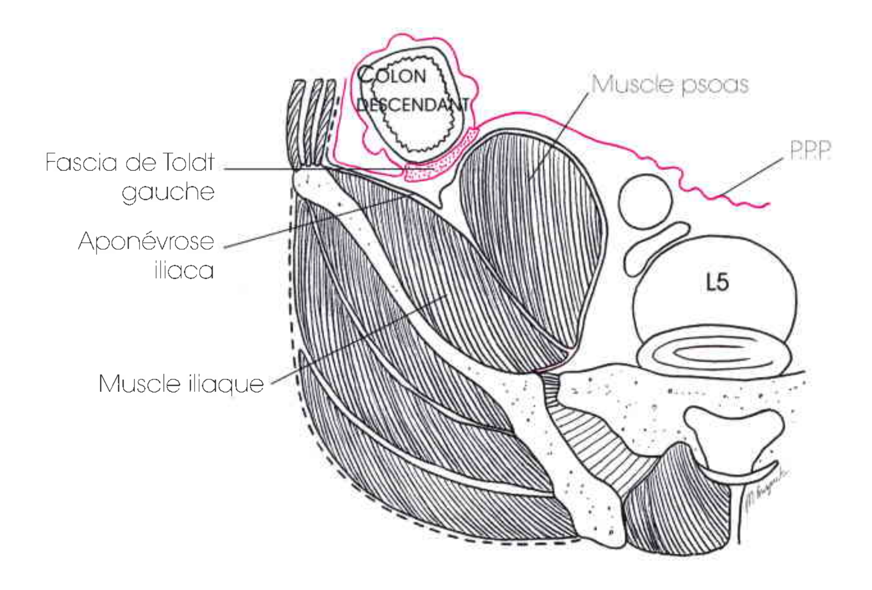


Fig. n° 46 : Le colon descendant

G - Le colon iliaque

Il est recouvert du P.P.P au niveau de ses faces, antérieure et latérales.
Postérieurement, il est séparé du fascia iliaca par un fascia d'accolement.
Antérieurement, les anses intestinales en recouvrent la surface.

H - Le colon sigmoïde

Il s'étend du bord interne du psoas gauche à la troisième vertèbre sacrée. C'est un organe très mobile. Il est relié au P.P.P par le méso-sigmoïde. Se reporter au chapitre IV1c.
Le méso-sigmoïde s'étale au-dessus des organes pelviens.
Le ligament colo-iliaque s'étire du colon sigmoïde à la paroi iliaque gauche.

Le ligament colo-tubaire s'étire du colon sigmoïde à la trompe gauche, il contient les vaisseaux utéro-ovariens gauche

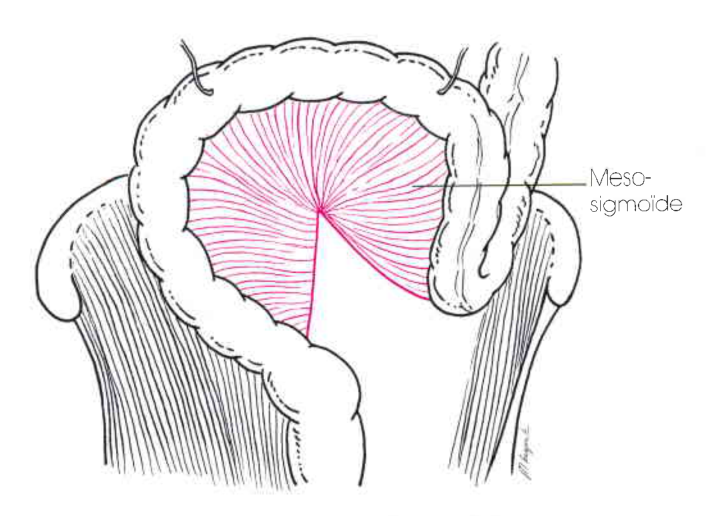


Fig. n° 47 : Le colon sigmoïde

I - Le rectum

Il est extra-péritonéal.

Le rectum est enveloppé d'une gaine fibro-celluleuse qui va jusqu'au périnée et s'unit à l'aponévrose pelvienne.

Le fascia pelvien est constitué par l'extension distale du fascia transversalis.

Observations :

Le cadre colique est mobile au niveau:

- du cæcum,
- du colon transverse, surtout à gauche,
- du sigmoïde.

Les colons ascendant et descendant sont plaqués contre la paroi abdominale postérieure par les fascias de Toldt droit et gauche. Comme l'expliquent Messieurs L. Testut et P. Jacob ces accolements fasciaux sont primordiaux. Ils empêchent toute possibilité de torsion des colons, évitant ainsi des occlusions. Les attaches des angles coliques sur les côtes permettent lors des mouvements respiratoires la mobilisation des matières se situant à l'intérieur de ces angles. Les angles coliques sont en relation avec la paroi abdominale supérieure et les organes voisins.

Le cæcum et le sigmoïde

- sont reliés aux parois musculo-aponévrotiques,
- présentent une continuité tissulaire avec les tissus organiques viscéraux du petit bassin.

VI - Les loges rénales

Les reins sont situés de part et d'autre de la colonne lombaire de T12 à L3, ils sont rétro péritonéaux et sont compris dans une loge rénale.

La glande surrénale droite est située au niveau de la partie supéro-interne du rein droit, la glande surrénale gauche est située au niveau de la partie plus interne du rein gauche.
Chaque rein est ceint d'une capsule fibreuse, elle-même enveloppée d'une capsule adipeuse. C'est autour de cette capsule adipeuse que se trouve la loge rénale constituée, à son tour, de deux feuillets :

- un feuillet postérieur,
- un feuillet antérieur.

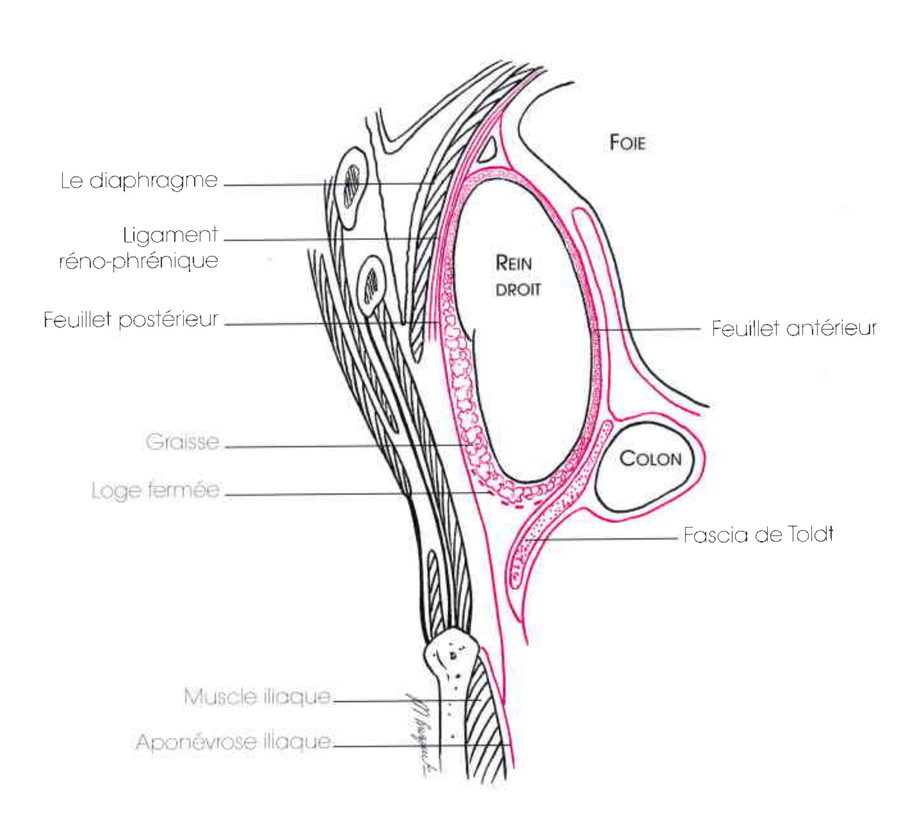


Fig. n° 48 : La loge rénale droite

Le feuillet postérieur trouve ses points d'attache :

- en haut, sur le diaphragme par le ligament réno-phrénique,
- en bas, sur le fascia iliaca, sur l'aponévrose du carré des lombes, sur l'aponévrose du transverse.

Notons encore qu'entre le feuillet postérieur et la paroi abdominale postérieure s'interpose une graisse para-rénale où cheminent le 12ème nerf intercostal ainsi que les nerfs petits et grands abdomino-génitaux.

Le feuillet antérieur trouve ses points d'attache :

- en haut, sur le diaphragme, il rejoint le feuillet postérieur,
- en bas, sur le fascia iliaca ou sur le P.P.P.

L'expansion fibreuse, repérable entre le rein et sa surrénale provenant des feuillets antérieur et postérieur, est la lame inter-surréno-rénale.

Observations :

Pour certains anatomistes, les deux feuillets se rejoignent en dessous des reins et forment ainsi une loge fermée. Pour d'autres, la loge est ouverte vers le bas, ce qui peut alors permettre ou favoriser une ptose du rein.

Dans la partie interne, au niveau du pédicule rénal qui contient les artères, les veines rénales, le bassinet, les nerfs et les lymphatiques, la loge rénale se prolonge par la gaine conjonctive qui s'unit au pédicule.

Dans la partie médiane, le tissu conjonctif la prolonge incluant l'aorte et la V.C.I.

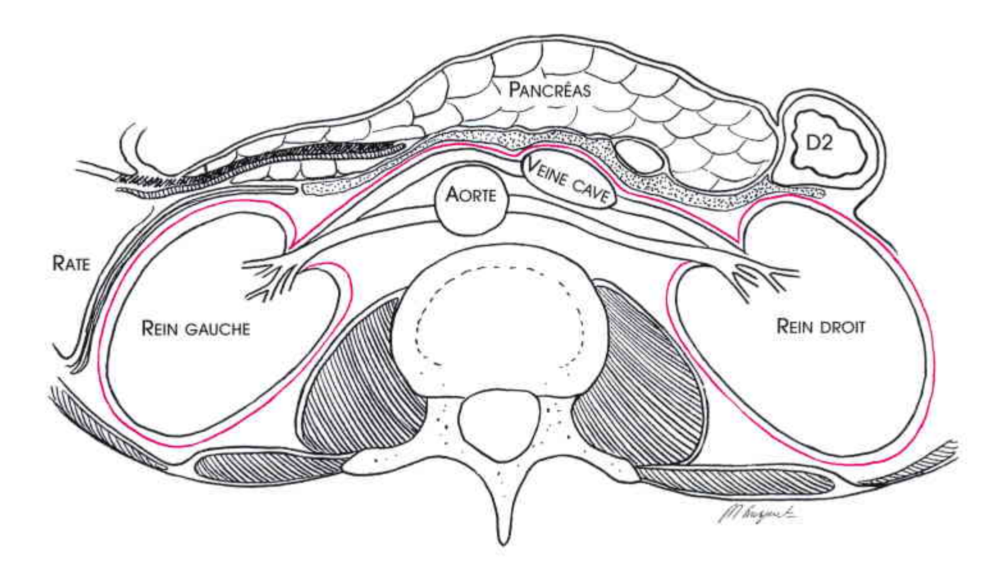


Fig. n° 49 : Les loges rénales

Au niveau du rein droit, le feuillet antérieur est placé au contact de plusieurs organes.

- Le foie. Entre le rein et le foie se trouve le P.P.P qui forme un cul-de-sac appelé ligament hépato-rénal.
- La deuxième partie du duodénum, dont il est séparé par le fascia rétro-pancréatique appelé fascia de Treitz.
- L'angle colique droit. A ce niveau, l'accolement entre le P.P.P et le feuillet antérieur de la loge rénale est appelé fascia de Toldt.

Selon M. Rouvière: «le rein droit est sensiblement plus bas que le rein gauche. Cela est probablement dû à la pression que le foie exerce sur le rein».
Au niveau du rein gauche, le feuillet antérieur se trouve en arrière du P.P.P

Observations :
Les loges rénales sont en contact très étroit:

- avec la paroi musculo-aponévrotique abdominale supérieure,
- avec la paroi musculo-aponévrotique abdominale postérieure,
- avec les fascias d'accolement des organes abdominaux.

La conséquence logique découlant de ce réseau de «contacts» vient confirmer notre hypothèse de travail: il apparaît manifeste que l'organisation interne viscérale et les parois des cavités entretiennent une relation intime avec le système des chaînes musculaires qui gère les mouvements et la statique.

VII - Les uretères

Leur longueur atteint environs vingt cinq centimètres. Ils parcourent la distance qui sépare le bassinet de la vessie. Leur orientation est pratiquement verticale et légèrement tournée vers l'intérieur. Situés en arrière du P.P.P., ils sont rétro-péritonéaux, mais ils sont situés en avant de la paroi abdominale postérieure, jusqu'au niveau du détroit supérieur du bassin.
Une gaine conjonctive formée par le fascia propria provenant du fascia transversalis enveloppe la surface des uretères. Cette gaine adhère au P.P.P et aux fascias d'accolement qui les recouvrent. Lors des opérations, on constate que l'uretère suit les déplacements du P.P.P.
Arrivés au niveau du bassin, les uretères se dirigent vers le bas et vers l'extérieur. Ils sont appliqués contre la paroi pelvienne pour ensuite revenir vers l'intérieur en croisant les vaisseaux iliaques.
L'uretère gauche passe derrière le sigmoïde.
L'uretère droit passe derrière :

- l'attache inférieure du mésentère,
- l'iléon terminal.

Chez la femme, les uretères passent en arrière des ovaires.

VIII - Les prolongements du péritoine dans le petit bassin chez l'homme

1 - La vessie

La vessie est recouverte du péritoine pariétal pelvien dans ses parties, supérieure et latérales. Le péritoine pariétal pelvien se prolonge en arrière pour recouvrir les faces, latérales et antérieure du rectum.
Entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure du rectum, se situe le cul-de-sac recto-vésical. Le rectum est séparé du sacrum par le fascia présacral provenant du péritoine pariétal.
L'ouraque est une structure conjonctive qui part de la zone antéro-supérieure de la vessie. C'est une lame triangulaire qui s'attache à la face postérieure et inférieure de l'ombilic.
L'ouraque se situe entre le P.P.A et le fascia vésico-ombilical appelé également aponévrose ombilico-prévésicale.
Cette aponévrose adhère :

- en haut, au même endroit que l'ouraque, à la face postérieure de l'ombilic,
- de chaque côté, à la gaine des artères ombilicales,
- en bas, aux ligaments pubo-vésicaux.

Les ligaments pubo-vésicaux s'attachent à la partie antéro-inférieure de la vessie. Ils rejoignent la face postérieure du pubis et la symphyse pubienne.

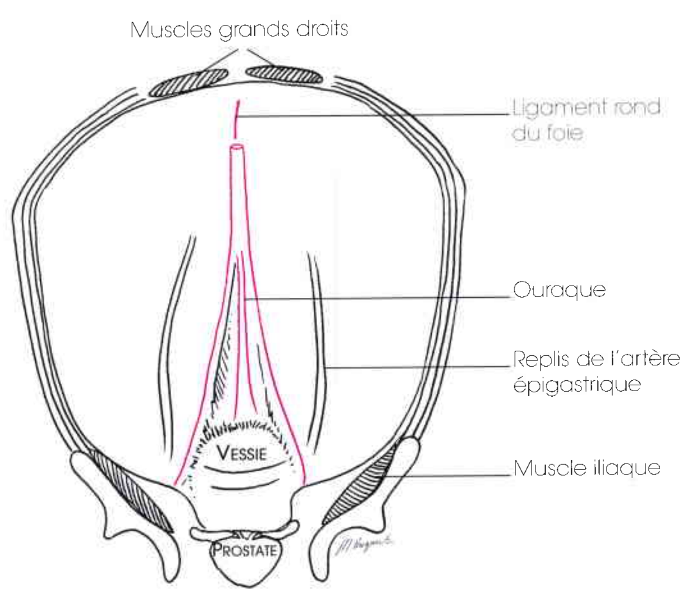


Fig. n° 50 : L'ouraque

L'aponévrose ombilico-prévésicale est, elle, située en arrière du fascia transversalis auquel elle n'adhère pas, mais en avant de l'ouraque qui est à son tour situé en avant du P.P.A.

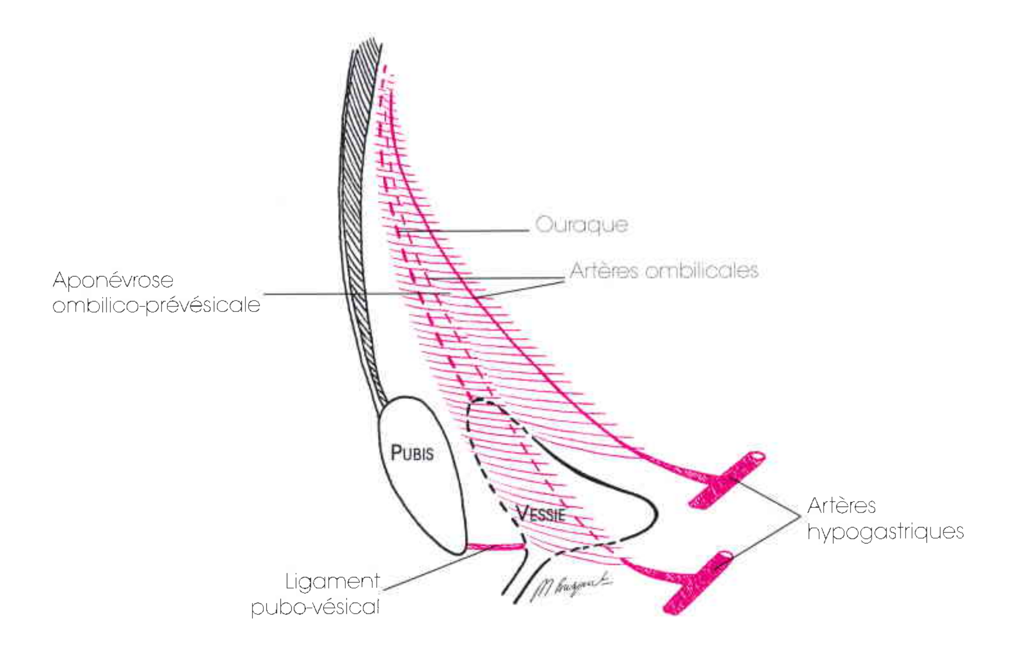


Fig. n° 51 : Aponévrose ombilico-prévésicale

2 - La prostate

La prostate est unie à la base de la vessie par un tissu cellulaire serré. Elle est ceinte par une capsule située dans une loge.

Cette loge est limitée :

- en arrière, par l'aponévrose recto-prostatique de Denonvillier, elle part du cul-de-sac recto-vésical et s'attache en bas sur le noyau fibreux du périnée,
- en avant, par l'espace rétro-pubien,
- latéralement, par les lames sacro-recto-pubiennes, tissu conjonctif dense qui contient le plexus hypogastrique. Leur partie antérieure est formée par les ligaments pubo-vésicaux.

Le tissu fibro-conjonctif s'interpose entre le péritoine pariétal pelvien, en haut, et le plan périnéal, en bas.

Les lames sacro-recto-génito-pubiennes sont présentes de chaque côté des viscères.

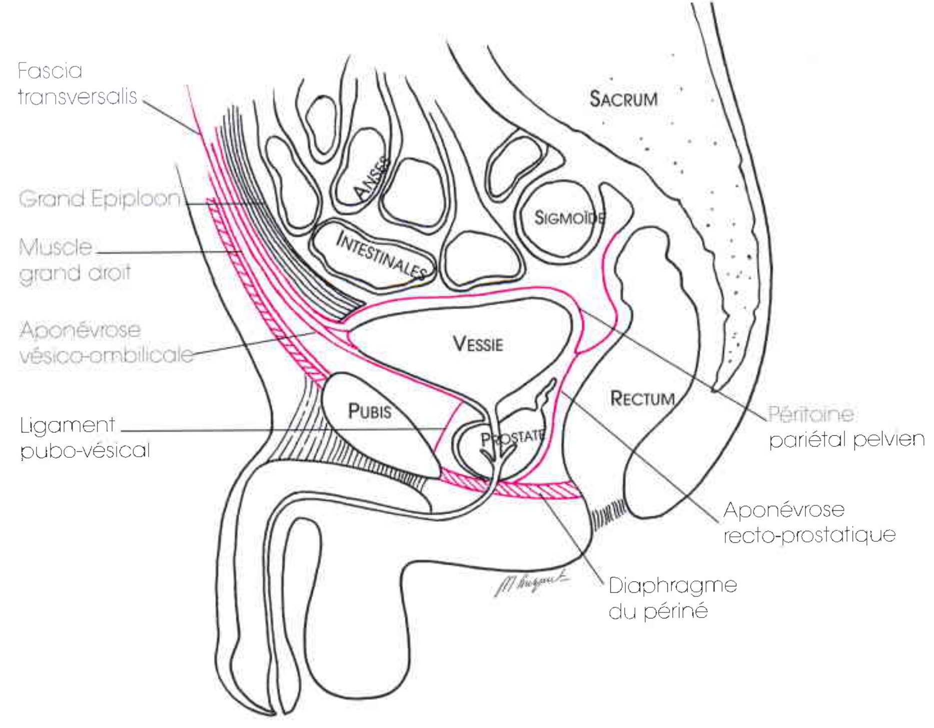


Fig. n° 52 : Continuité du péritoine dans le petit bassin chez l'homme

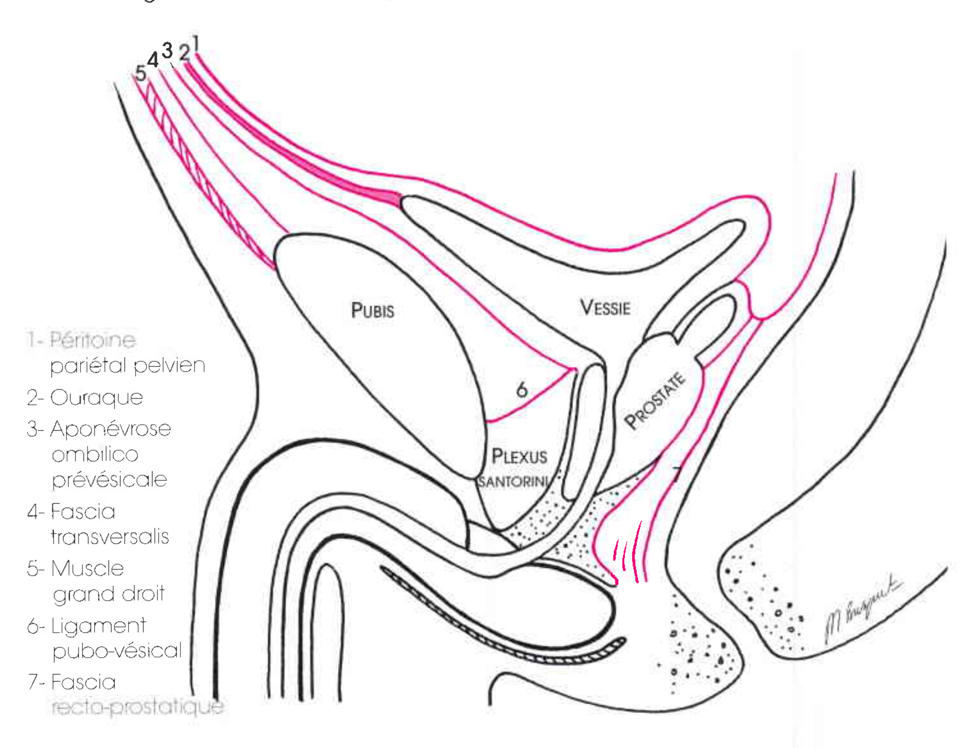


Fig. n° 53 : Continuité du péritoine dans le petit bassin chez l'homme

3 - Les canaux déférents

Lorsqu'ils parviennent aux bords latéraux de la vessie, ils adhèrent au péritoine de celle-ci pour rejoindre ensuite l'aponévrose recto-prostatique.

Observation :
Le système viscéral du petit bassin chez l'homme présente de nombreuses relations, de nombreuses continuités tissulaires :

- il est recouvert par le péritoine pelvien formant un cul-de-sac vésico-rectal où se trouvent les anses intestinales et le colon ilio-pelvien,
- son point d'attache antérieur est situé sur une structure osseuse pubienne,
- son point d'attache supérieur est situé sur l'ombilic, lui-même est en continuité directe avec le ligament rond du foie,
- son point d'attache inférieur est situé sur le périnée.

IX - Les prolongements du péritoine dans le petit bassin chez la femme

Le péritoine pariétal antérieur se prolonge par le péritoine pariétal pelvien. Il recouvre la face supérieure de la vessie, forme le cul-de-sac antérieur vésico-utérin, contourne le fond de l'utérus, suit sa face postérieure pour se réfléchir sur la face antérieure du rectum. A ce niveau, il forme le cul-de-sac postérieur utéro-rectal, appelé également cul-de-sac de Douglas. Il se prolonge ensuite sur les faces latérales du rectum et sur le fascia pré-sacral provenant du péritoine pariétal.

On retrouve, à partir de là, les même structures conjonctives que chez l'homme :

- l'ouraque
- l'aponévrose vesico-ombilicale
- les ligaments pubo-vésicaux.

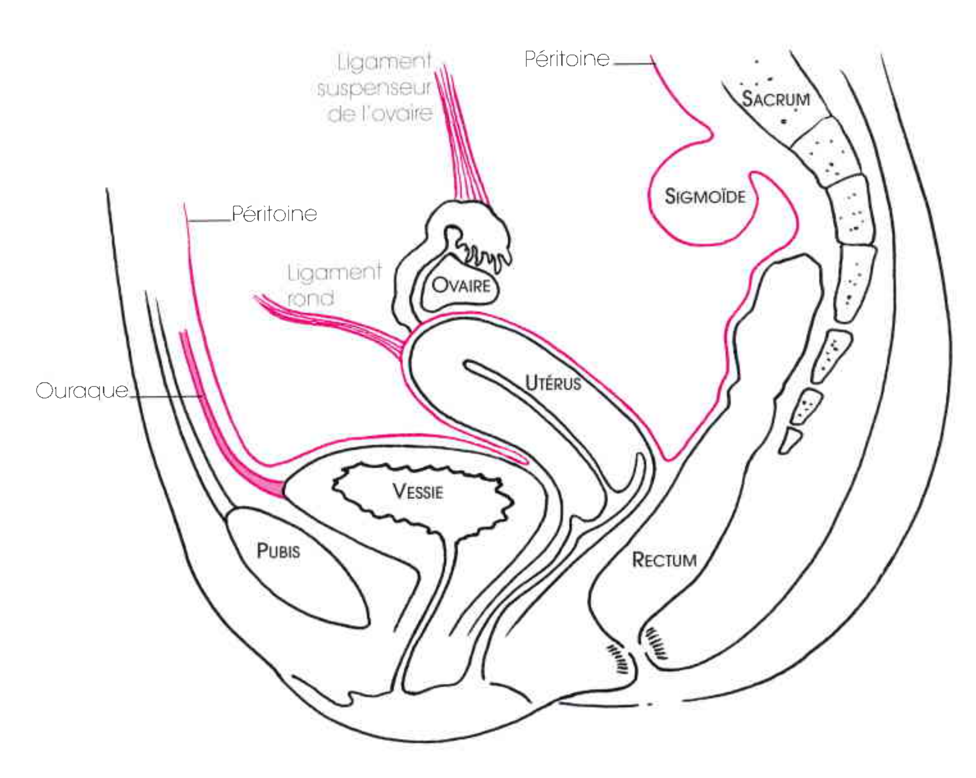


Fig. n° 54 : Bassin de profil chez la femme

Cependant, le péritoine du petit bassin présente, lui, d'autres structures conjonctives : le ligament large, le mésomètre et le paramètre dont on va étudier les particularités anatomiques et les fonctions.

1 - Les ligaments larges

Au niveau de l'utérus, le péritoine pariétal pelvien «s'étale» comme un drap, de part et d'autre des faces latérales de l'utérus, de manière à former les ligaments larges gauche et droit.

Ces ligaments présentent deux feuillets :

- un feuillet antérieur qui recouvre la face antérieure de l'utérus,
- un feuillet postérieur qui recouvre la face postérieure de l'utérus.

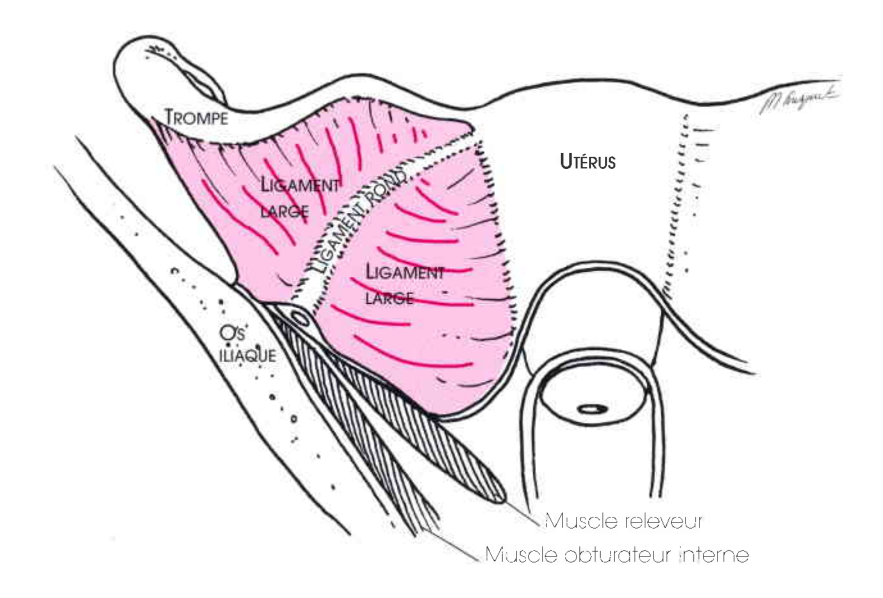


Fig. n° 55 : Le ligament large

Ces feuillets se rejoignent ensuite de chaque côté et se prolongent :

- latéralement, sur les parois de la cavité pelvienne au niveau de l'aponévrose des muscles obturateurs et de la partie supérieure de l'aponévrose des muscles releveurs,
- en haut, où ils recouvrent les trompes utérines,
- en bas, où ils s'écartent l'un de l'autre.

Le feuillet antérieur est alors orienté vers l'avant et s'attache sur la paroi pelvienne. Le feuillet postérieur est, quant à lui, orienté vers l'arrière mais s'attache aussi sur la paroi pelvienne.

Les ligaments larges adoptent la position oblique et inclinée vers l'avant de l'utérus. En effet, ils présentent une face antéro-inférieure en regard de la vessie. Cette face est soulevée par le ligament rond.
Ils présentent une face postéro-supérieure en contact avec les anses intestinales et le colon ilio-sigmoïdien. Cette face est soulevée par les ligaments utéro-ovariens et le mésovarium.

La partie supérieure du ligament large se nomme le *mésomètre*.
La partie inférieure du ligament large est appelée le *paramètre* ou *mésométrium*. Cette partie est située dans l'espace sous-péritonéal.

2 - Le mésomètre

La partie supérieure du ligament large est soulevée par différents tissus et forme trois ailerons distincts.

- L'aileron antérieur
- L'aileron supérieur ou mésosalpinx
- L'aileron postérieur ou mésovarium.

Décrivons-les successivement.

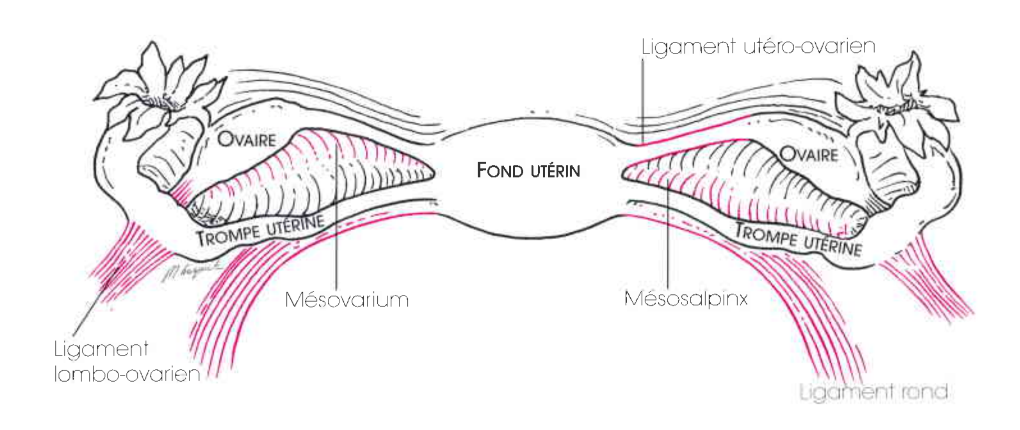


Fig. n° 56 : Le mésomètre (vue supérieure)

A – *L'aileron antérieur*
Il est soulevé par le ligament rond. Partant de la corne utérine, il pénètre l'orifice inguinal profond, parcourt le canal inguinal, sort de l'orifice inguinal superficiel pour se fondre dans les tissus des grandes lèvres et du Mont de Vénus.

B – *L'aileron supérieur ou mésosalpinx*
En dessous de la trompe, le péritoine prend le nom de mésosalpinx. Le péritoine qui enveloppe cette trompe ne s'étend pas jusqu'au niveau du pavillon. Cette limite est ce que l'on nomme la «ligne de Farre». A ce niveau, la cavité péritonéale est ouverte chez la femme (fermée chez l'homme). Le système ligamentaire de la trompe se compose ainsi :
- du mésosalpinx qui contient le système vasculaire et neurologique de la trompe,
- du ligament tubo-ovarien,
- du ligament tubo-colique. Ce dernier s'étire de la trompe gauche au méso-sigmoïde. Il est inconstant.

C – *L'aileron postérieur ou mésovarium*
Il est soulevé par le ligament propre de l'ovaire, le ligament utéro-ovarien. L'ovaire est presque libre et dépourvu de péritoine sauf au niveau de ses attaches ligamentaires.
C'est au pôle supérieur de l'ovaire, que le ligament lombo-ovarien trouve son point d'attache. Il contient l'artère et la veine ovarienne. Le ligament va ensuite se perdre dans la région lombaire.

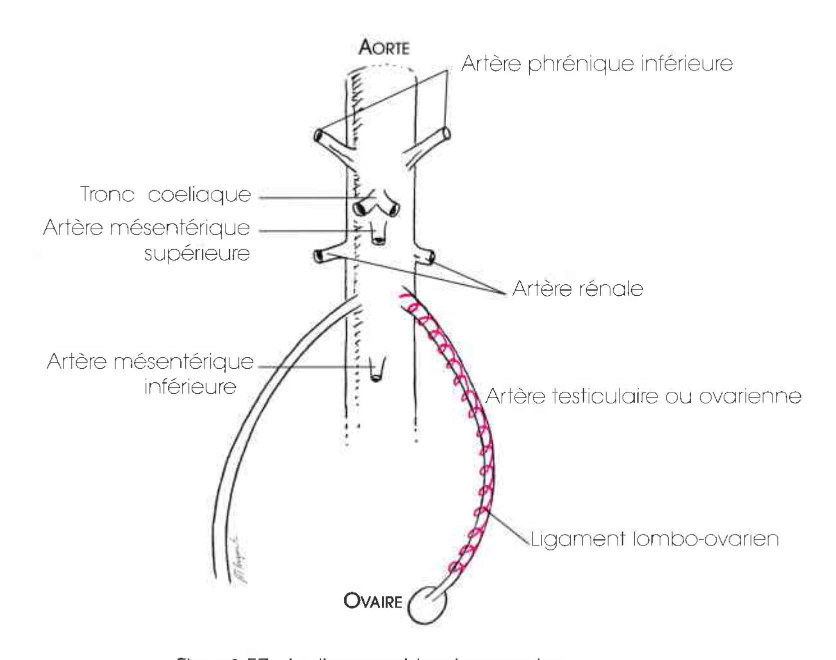


Fig. n° 57 : Le ligament lombo-ovarien

De façon inconstante, l'ovaire droit est en relation avec l'appendice vermiculaire par le ligament appendiculo-ovarien.
Le mésovarium est donc situé en arrière et recouvert par le mésosalpinx.

Il est à noter que les ligaments larges, ronds, utéro-ovariens ainsi que les ligaments utéro-sacrés présentent des fibres conjonctives mais aussi des fibres musculaires lisses.
Les ligaments larges maintiennent entre leurs deux feuillets le paquet vasculo-nerveux qu'ils orientent. Ils fonctionnent ici comme un véritable méso.
Les uretères passent en arrière du ligament large.

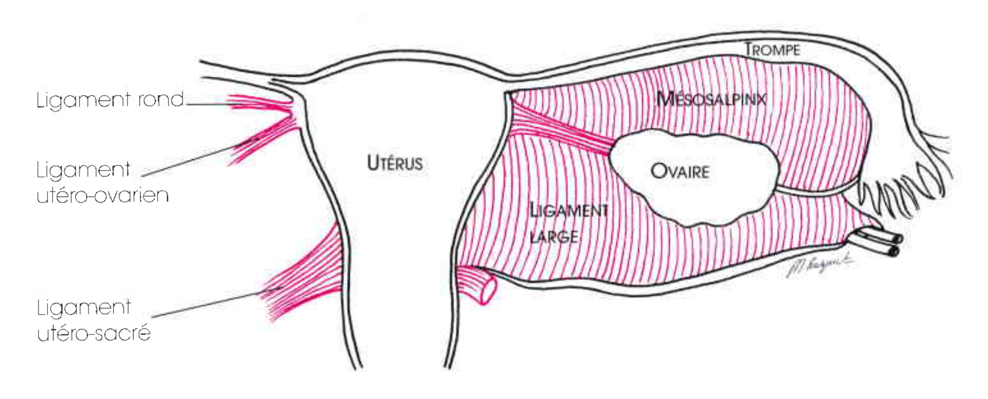


Fig. n° 58 : Les ligaments utérins

3 - Le Paramètre

C'est la partie inférieure du ligament large. Il est situé dans l'espace sous-péritonéal. Les feuillets, antérieur et postérieur, s'écartent alors pour se réfléchir sur les parois pelviennes. A ce niveau, on peut distinguer plusieurs ligaments.

- Les ligaments utéro-sacrés gauche et droit.

Ils partent de la face postérieure du col de l'utérus, de part et d'autre de la ligne médiane, contournent ensuite les faces latérales du rectum et s'attachent, de part et d'autre des faces antérieures de S2-S3-S4 en dedans des trous sacrés. A partir de là, ils se confondent avec les fibres situées du côté opposé.

- Les ligaments pubo-vésico-utérins.

Ces ligaments ont une situation antérieure et comprennent les deux structures suivantes :

. le ligament pubo-utérin tendu de la face antérieure du col de l'utérus à la face postérieure du pubis,
. le ligament vésico-utérin tendu de la base de la vessie à l'isthme utérin.

Relevons que si les ligaments sont conjonctifs, ils contiennent pourtant eux aussi des fibres musculaires lisses.

Observations :

1 - Chez la femme les organes du petit bassin (vessie-utérus-rectum) sont recouverts par le péritoine pariétal pelvien. Grâce à la continuité des ligaments larges, le péritoine pariétal pelvien adhère latéralement aux parois pelviennes que constituent les aponévroses des obturateurs et les aponévroses des releveurs. Antérieurement, cette continuité tissulaire s'attache sur :
- les grandes lèvres,
- la face postérieure du pubis.

Postérieurement, elle rejoint la face antérieure de S2-S3-S4.
Ainsi, les organes du petit bassin sont amarrés de toutes parts à la structure musculo-squelettique. On peut voir que l'organisation statique des organes du petit bassin reproduit le modèle du *hamac* mis en œuvre au niveau des organes abdominaux. En effet, de même que ces derniers, les organes pelviens doivent pouvoir allier variations de volume, mobilité (en l'occurrence, capacité de glissement) et stabilité.
En outre, ces organes nécessitent une protection qui les préserve des tensions que pourraient occasionner des variations de pressions intempestives dues à l'action du diaphragme, en particulier lorsque la vessie et l'ampoule rectale sont en plénitude. La lordose lombaire, la poussée *antéro-inférieure* du diaphragme au niveau de la paroi sous ombilicale, l'architecture ingénieuse des ailes iliaques, de l'orifice supérieur du bassin, des trous obturateurs, sont alors des composantes indispensables fournissant un *«sas de décompression»* au niveau de la cavité pelvienne (voir tomes II et IV des ***Chaînes musculaires***).
Ce faisant, l'étude anatomique du péritoine du petit bassin montre une nouvelle fois les relations très étroites entre les structures viscérales et les structures musculo-squelettiques. Les tensions de la sphère uro-gynécologique vont se transmettre sur les muscles lombo-pelviens et coxo-fémoraux. En conséquence on note une fréquence plus élevée de coxarthrose chez la femme que chez l'homme.

2- Chez l'homme, la configuration anatomique du petit bassin est très différente. La cavité péritonéale est fermée et la continuité tissulaire du péritoine dans le petit bassin est moins importante. C'est une des raisons qui explique que les tensions sont moindres dans la loge sous-péritonéale chez l'homme. Cependant, dans les cas d'adénome de la prostate ou de prostatite, les structures musculo-squelettiques sont contraintes de s'adapter aux tensions internes et on constate l'installation chronique de lombalgies associée à un tassement du disque L4-L5 (voir tomes II et IV des ***Chaînes musculaires***).

3- L'innervation du péritoine confirme les relations que nous venons

de décrire. Le péritoine pariétal est innervé par les neuro-fibres somatiques des nerfs spinaux (nerfs phréniques, intercostaux, sub-costaux et plexus lombaire). Les informations nociceptives venant du péritoine déclenchent la contracture réflexe des muscles possédant les mêmes relais métamériques.
Cette structure explique que la stimulation douloureuse du péritoine diaphragmatique entraîne des douleurs au niveau des épaules et des derniers espaces intercostaux. Notons tout de même que la séreuse des viscères et le grand épiploon sont pauvres en extérocepteurs.
Au contraire, le péritoine viscéral au niveau des mésos est riche en extérorécepteurs. Les tensions, les distensions (liées par exemple à une ptose), les inflammations, vont entraîner des contractures musculaires par l'intermédiaire des rameaux communicants (ainsi qu'une sensibilité cutanée) au niveau para-vertébral et abdominal en fonction du ou des myélomères concernés. Souvent cycliques au départ, ces tensions deviennent, à terme, de plus en plus fréquentes et prolongées. Les conséquences des contractures, c'est-à-dire d'un travail musculaire excessif, *statique* sont alors mathématiquement prévisibles : augmentation des compressions, stases vasculaires, fibrose, coccygodinie, instabilité des organes, induction à l'arthrose coxo-fémorale, induction à l'arthrose lombaire et aux compressions discales avec protrusions. On peut déduire de cette influence des muscles sur les organes, qu'inversement la source viscérale va moduler l'augmentation de la tonicité des muscles. Chaînes musculaires et chaîne viscérale, doivent donc être envisagées conjointement.

Mais, un autre élément nous permettra encore de parfaire notre diagnostic. Il s'agit de la chaîne neuroméningée. En effet, elle se ramifie dans la chaîne viscérale. Les travaux remarquables de l'Australien Buttler, consacrés au système neuroméningé *musculo-squelettique*, qui analysent avec une grande pertinence des cas de névralgies, de paresthésies, de parésies, attestent de l'intérêt stratégique de la structure neuroméningé. Nous maintenons cependant que ces travaux traitant *le système périphérique*, méritent d'être complétés par la prise en compte du *traitement central crânien et profond viscéral* au niveau des cavités, abdominale, pelvienne, thoracique et crânienne. Car, il faut bien avoir à l'esprit, qu'en vertu de la remarquable *continuité* entre les organes que nous venons de décrire, *la structure neuroméningée peut subir les tensions de la structure viscérale*. C'est là toute l'originalité du traitement des chaînes : la prise en compte de l'interrelation des différentes chaînes de manière à déterminer plus rigoureusement l'origine du problème et la stratégie à mettre en œuvre pour le traiter.
L'expérience prouve que, dans plus de 80 % des cas, les douleurs neurogènes proviennent de conflits dus, soit aux chaînes dynamiques musculaires, soit à la chaîne viscérale. Qui plus est, il est tout à fait préférable que la chaîne neuroméningée ne soit pas la cause primaire de ces douleurs, car si tel est le cas, nous avons affaire à des traumatismes ou à des pathologies réputées gra-

ves. Dans ces conditions, toute intervention de notre part, ne pourra être conduite, après un bilan médical, que de façon extrêmement prudente.

4- Le traitement de la chaîne viscérale a des effets sur la colonne cervicale. Peut-être le lecteur est-il surpris de cette conclusion, mais de nombreuses années de pratique ont confirmé, aussi bien du point de vue de l'analyse que du traitement, les interrelations étroites entre cavité abdominale et colonne cervicale. Précisons néanmoins que cette interrelation est plus manifeste chez la femme, dont la sphère abdomino-pelvienne est plus complexe, et en ce sens, le siège de tensions plus fréquentes. Anatomiquement, si nous prenons en compte tous les «relais» intermédiaires, cette interrelation nous apparaîtra clairement. En effet, le diaphragme et les nerfs phréniques sont issus embryologiquement du niveau cervical. Les informations nociceptives venant de l'abdomen vont, par ces voies, pouvoir remonter au niveau des myélomères cervicaux. Parallèlement, les muscles cervicaux, branchés sur ces myotomes, vont être en état de contracture alors qu'il n'y a aucun problème mécanique cervical. Ces contractures réflexes, chroniques, cycliques installent des compressions locales. A terme, elles entraînent, selon une logique méthodique:

- des compressions discales, provoquant, infailliblement, le débordement de disque (que l'on tient souvent, dans les diagnostics, pour une hernie discale, bien qu'existe dans ces cas la possibilité d'une totale réversibilité),
- des compressions osseuses vertébrales qui évoluent logiquement vers l'uncarthrose, la déformation et l'étalement du corps vertébral en «patte d'éléphant»,
- des compressions osseuses des facettes articulaires, occasionnant la déformation, l'étalement des surfaces, l'arthrose facettaire,
- des tensions ligamentaires, concrétisées, dans les cas chroniques, par la calcification de leurs attaches vertébrales, présentant des déformations dites en «bec de perroquet». Rappelons ici qu'il doit être clair pour quiconque que ces «becs de perroquets» n'ont jamais «mordu» personne. On entend par-là qu'il est essentiel de ne pas considérer qu'ils sont à l'origine du problème. Ces ostéophytoses en sont, en réalité, une conséquence et non la cause. Il en est de même pour l'arthrose.

On comprend que, soumise à cette situation de compression, la chaîne neuroméningée puisse être le siège de contraintes plus ou moins irritantes qui vont alors gêner le glissement pourtant nécessaire qu'elle doit pouvoir effectuer lors des mouvements. En outre, au tableau des conséquences cliniques d'une telle situation, viendront s'ajouter des névralgies de la colonne et des membres supérieurs. Toute mobilisation neuroménigée est, dans ce cas, fortement déconseillée dans un premier temps. Cela aurait pour conséquence d'amplifier les symptômes. Une solution alternative existe, inspirée de la méthode qui s'appuie sur les chaînes musculaires. En effet, ces dernières nous permettent d'établir une stratégie de

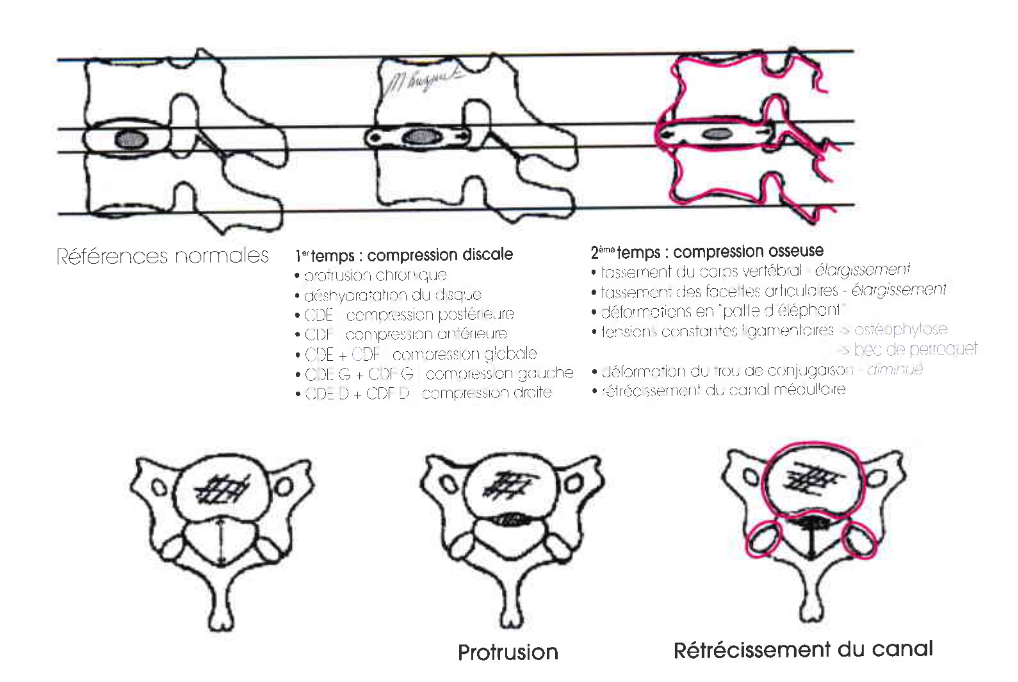


Fig. n° 59 : Logique de la discarthrose

traitement différente. L'examen global du sujet donne alors priorité :

- au traitement de la chaîne viscérale, de manière à relâcher les tensions internes,
- au traitement des chaînes musculaires du tronc, de la colonne cervicale et des membres supérieurs, si nécessaire, de manière à lever les tensions musculo-squelettiques,
- au traitement de la chaîne neuroméningée, une fois obtenue la décompression de la colonne cervicale.

La chaîne statique composée par le continuum des différentes structures conjonctives escorte les muscles, les os, les viscères, les vaisseaux. Elle escorte également, de façon *intime*, la structure neuroméningée. Dès lors, une inflammation prolongée peut créer, à ce niveau, des adhérences fibreuses qui empêchent le glissement des nerfs et installe des points de fixation accompagnés de symptômes neurogènes. On doit donc absolument vérifier que la structure neuroméningée a récupéré sa capacité passive de glissement à l'intérieur des canalisations conjonctives qui organisent le réseau de cette chaîne. Les mobilisations neuroméningées dans cette programmation permettront alors de remédier au problème.

Une femme qui souffre de «cervicarthrose» ou de «cervico-brachialgie», retarde souvent le moment de se faire soigner. La raison en est simple : ses douleurs sont *cycliques*, il n'y a pas eu de traumatisme, et les algies sont modérées, s'at-

ténuant progressivement dans les 24 à 48 heures. Elle s'habitue alors finalement à ces douleurs et elle «fait avec». C'est seulement une fois qu'elle a atteint la limite de la tolérance, des années après l'apparition des premiers troubles, qu'elle vient nous consulter.
Lors de telles consultations, il faut bien voir que le cas est très particulier. La patiente attend avant tout d'être soulagée, «elle n'en peut plus.» Traditionnellement il faudrait procéder à l'examen manuel de la colonne cervicale. Or, au cours des consultations de cette nature que j'ai pu faire, tout au long de ma carrière, je me suis rendue compte que ce simple examen était comme refusée par le corps lui-même. La patiente semblait manifester une appréhension irraisonnée, n'arrivait pas à se détendre. En réalité, le corps se défend de façon réflexe: il ne ressent pas, tissulairement, le problème au niveau cervical. La colonne cervicale est «victime» d'un coupable qui ne se situe pas à son niveau.
Si un tel cas se présente à vous, je vous invite à suivre la démarche suivante. Ne touchez pas à la colonne. Faites un examen de l'abdomen et relâchez toutes les tensions que vous trouverez. Veillez à ce que la patiente n'ait pas froid, c'est capital. Une fois accompli ce travail exclusivement abdominal, faites lever la patiente de votre table, il y a alors de grandes chances qu'elle vous dise: «je me sens mieux, j'ai la nuque plus légère». L'irritation locale diminuera ensuite de façon spectaculaire au cours des 24 heures suivantes bien qu'aucune intervention directe n'ait été effectuée sur la colonne cervicale.

La chaîne viscérale part de la base du crâne, descend au niveau de la gorge, du thorax, de l'abdomen et du pelvis pour aboutir au niveau du périnée. Par conséquent, cette chaîne peut, de façon tout à fait logique et cohérente, faire remonter les problèmes viscéraux jusqu'au niveau cervical.

X - CONCLUSION

Tout l'enjeu de cette première partie du livre a été de montrer, avec l'aide des schémas, les *zones de continuité* du tissu conjonctif viscéral avec le système musculo-squelettique.
Dès lors, les pages précédentes cherchent à rendre clair et évident ce fait que le corps humain n'est ni un simple système musculo-squelettique, ni un simple système viscéral, ni un simple système neuroméningé. Aucun de ces trois systèmes ne peut exclusivement rendre compte de l'organisation complexe d'un corps humain. Et si pourtant le corps est UN, alors même que les éléments qui le composent sont multiples, c'est que tous ces systèmes, toutes ces chaînes, sont liés les uns aux autres et peuvent s'influencer réciproquement.

Il est vrai que cette théorie basée sur l'interdépendance des différentes chaînes est assez nouvelle. Pourtant, les observations cliniques suivantes sont classiquement admises :

- «L'inflammation du péritoine déclenche une réaction de la paroi abdominale musculaire qui se durcit».
- «Le ventre de bois est une urgence viscérale».
- «Lors d'une rupture d'un organe après traumatisme (foie ou rate), il y a du sang dans la cavité abdominale. Dans ces cas le Docteur Kamina signale une douleur à l'épaule par irradiation du nerf phrénique».

Ce qui est nouveau dès lors, ce n'est pas l'expérience, qui a toujours confirmé notre hypothèse d'une interrelation, c'est la prise en compte de ces expériences comme fondement d'une nouvelle compréhension du corps humain et des possibilités dont nous disposons pour le soulager.

Le péritoine, comme tout tissu conjonctif, ne tolère pas une tension constante et déclenche rapidement des douleurs. Le réseau des Chaînes Musculaires se met alors spontanément «à l'écoute» des tensions internes, en vue de coopérer à leur résorption progressive. Cette coopération se traduit alors par ce que nous avons nommé des *compensations*. La cohérence de ces compensations est simple : il s'agit toujours de relâcher les tensions internes quand bien même on devrait aliéner les chaînes *à une priorité viscérale*, au détriment de la locomotion et de la statique. Ainsi, les Chaînes Musculaires nous permettent d'accéder à toutes les dimensions anatomo-physiologiques de la structure complexe que représente un corps humain. Leur examen nous fournit des pistes précieuses pour comprendre l'origine des dysfonctions et des déformations de nos patients. Dans ces conditions, nous ne devrons jamais manquer de tenir compte de ces interrelations étroites entre contenant et contenu lorsqu'il s'agira d'extraire la logique des dysfonctions dont souffrent nos patients et de proposer un traitement personnalisé.

Deuxième partie

Pratique

Forts de la nouvelle compréhension de l'anatomie que nous avons exposée en première partie, il va s'agir désormais pour nous, d'en préciser les conséquences méthodologiques et pratiques. En effet, sans la pratique thérapeutique à laquelle elle est destinée, cette théorie resterait comme amputée et dénuée de signification. Dans cette deuxième partie, on se proposera donc de rendre compte, dans un premier temps, du détail de l'examen du patient, et dans un second temps, du détail du traitement, en tant que tel, de la chaîne viscérale au niveau de la cavité abdominale.

I - Examen du patient

1 - Anamnèse

L'anamnèse doit être méthodique. Elle va permettre de connaître l'histoire du motif de consultation. Le praticien doit systématiquement s'enquérir du moment où et de la manière dont l'apparition des symptômes s'est déclarée.
Les différents problèmes de nos patients peuvent être classés en deux catégories : ils sont soit, d'ordre *traumatique*, soit d'ordre *chronique*.
Dans le premier cas, c'est-à-dire, celui d'une origine traumatique.

1-Le patient peut fournir la date précise du début des symptômes. Son problème est immédiatement associé à un événement traumatisant qu'il est capable de décrire.
2-L'apparition des problèmes est rapide.
3-Les douleurs ou les dysfonctions sont amplifiées par la mise en mouvement et calmées par le repos.
4-L'examen et le traitement du sujet sont, en règle générale, limités au niveau local.
5-Le siège et la cause du problème sont situés au même endroit.

Si le traumatisme semble avoir atteint l'intégrité d'une structure musculo-squelettique ou organique, le sujet sera immédiatement adressé à des spécialistes pour des examens médicaux complémentaires.

Dans le second cas, celui d'une origine chronique, la situation est toute différente.

1-Le patient ne sait pas donner une date précise du début des symptômes. Il peut seulement dire, en général, qu'il la subit «depuis longtemps».

2-L'apparition des problèmes est progressive, elle peut s'étendre sur plusieurs semaines voire plusieurs mois.
3-Les douleurs ou les dysfonctions sont amplifiées par l'immobilité et améliorées par le petit mouvement.
4-L'examen du sujet et le traitement sont globaux.
5-Le siège et la cause de la douleur ne se situent pratiquement jamais au même endroit.

Considérons, par exemple, un cas de lombalgie.
Dans le cas traumatique, on se souvient sans aucune difficulté de la chute, du faux mouvement qui sont à l'origine des douleurs. Dans de tels cas de figure, on remarque que c'est lorsqu'elle bouge que la personne souffre le plus.
Dans le cas chronique, la douleur s'est installée progressivement, sans traumatisme. Le patient est soulagé par le petit mouvement quotidien alors que durant la nuit, au lever ou après une station assise prolongée ses symptômes sont amplifiés. On compte, au sein de la population française actuelle, plus de 60 % des lombalgies reconnues de type chronique, c'est-à-dire, on va le voir, d'origine viscérale.

Une fois élucidée l'origine du problème -traumatique ou chronique- dont souffre le patient, l'anamnèse doit être conduite avec méthode, par le moyen de questions claires et simples.

On en propose la liste essentielle :

- Quand la douleur, l'apparition des symptômes, ont-ils commencé ?
- Le symptôme est-il lié à d'autres troubles ?
  - A des troubles articulaires ?
  - A des troubles vertébraux ?
  - A des troubles fonctionnels viscéraux ?
    - Dans ce dernier cas, quel organe est en cause, l'estomac, le foie, les intestins, le cœur, les poumons, les reins, les parties génitales ?
- Le patient est-il sujet à des migraines, à des céphalées en relation avec :
  - . des troubles circulatoires,
  - . des troubles hormonaux,
  - . des troubles oculaires,
  - . des troubles de oreille interne, moyenne,
  - . des troubles de l'ATM ?...
- Le symptôme est-il apparu suite à :
  - . une maladie,
  - . une grossesse,
  - . une intervention chirurgicale ?
  - . un choc émotionnel,
  - . une vaccination,

. une allergie…

- Le symptôme est-il amélioré ou amplifié, au lever, au coucher ?
  . en mouvement, au repos ?
  . en fonction du temps ?
  . lors de la miction, de la défécation ?
  . lors d'émotions ?

Il arrive en effet qu'une émotion négative amplifie la douleur de façon disproportionnée. Cette réaction est possible lorsque préexistent d'autres tensions tissulaires, en particulier viscérales. Les tensions somatiques deviennent ainsi psychosomatiques. Le phénomène qui a lieu peut être dès lors qualifié de «débordement», et peut se traduire par des signes neurovégétatifs, des crampes, des tremblements, des vomissements, des maux de tête…Notre traitement prendra en charge le niveau somatique de manière à permettre, de façon concrète, de résoudre ces problèmes psychosomatiques.

- Quel est l'état général du patient ? Poids, appétit, sommeil, fatigue, nervosité, oppression…
- Le patient présente-t-il des antécédents traumatiques, pathologiques, opératoires ?

L'anamnèse est une étape majeure qui va orienter notre examen et nous permettre de faire la différence entre des troubles fonctionnels qui relèvent de notre compétence et des signes cliniques qui, eux, nécessitent un diagnostic médical.

Il est important de poser toutes ces questions qui sont méthodiques. Beaucoup de patients n'osent plus parler de leurs douleurs. Lorsque des investigations médicales ont été menées, qu'elles n'ont révélé aucune pathologie, le facteur de stress du patient est alors régulièrement mis en avant, faisant systématiquement figure, si l'on peut dire, de bouc émissaire. On propose alors au patient des réponses toutes faites : «soyez plus détendu !», «c'est le stress qui vous constipe et vous donne des colites !», « c'est l'âge !», «si cet enfant a mal au ventre, c'est qu'il n'aime pas son institutrice…»
Pourtant, ces douleurs existent, elles sont réelles et usent ceux qui en souffrent au quotidien. Ce type de douleur n'est pas pris en compte par la médecine, elle n'y apporte pas de solution, ce qu'elle soigne ce sont les *pathologies*. Or ces algies sont le résultat de *dysfonctions* dues à des tensions du tissu conjonctif. Dans ces cas, la tension n'est pas une pathologie mais bien un «état tissulaire». C'est donc à ce niveau qu'intervient le traitement de la chaîne viscérale dans la mesure où il agit sur les tensions du tissu conjonctif viscéral. Lors de l'examen, la palpation abdominale aura dès lors un rôle privilégié dans la mise en évidence de ces tensions.

2 - Examen clinique du patient

A - *Examen global des chaînes musculaires*

EXAMEN STATIQUE

- de dos,
- de profil,
- de face.

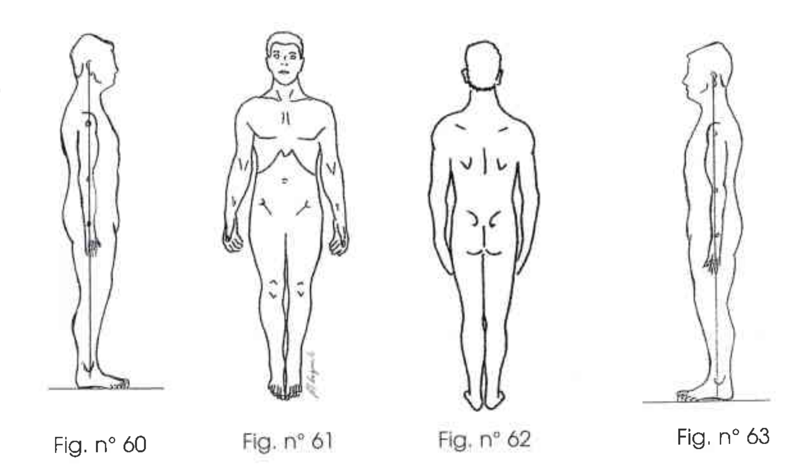


Fig. n° 60 Fig. n° 61 Fig. n° 62 Fig. n° 63

L'examen statique du sujet est développé dans les cahiers pratiques de la Formation des Chaînes. On le complète ici avec l'examen abdominal.
Pour le mener à bien, il nous faut diviser la paroi abdominale en neuf cadrans.
A chaque cadran, correspond une projection d'organes.

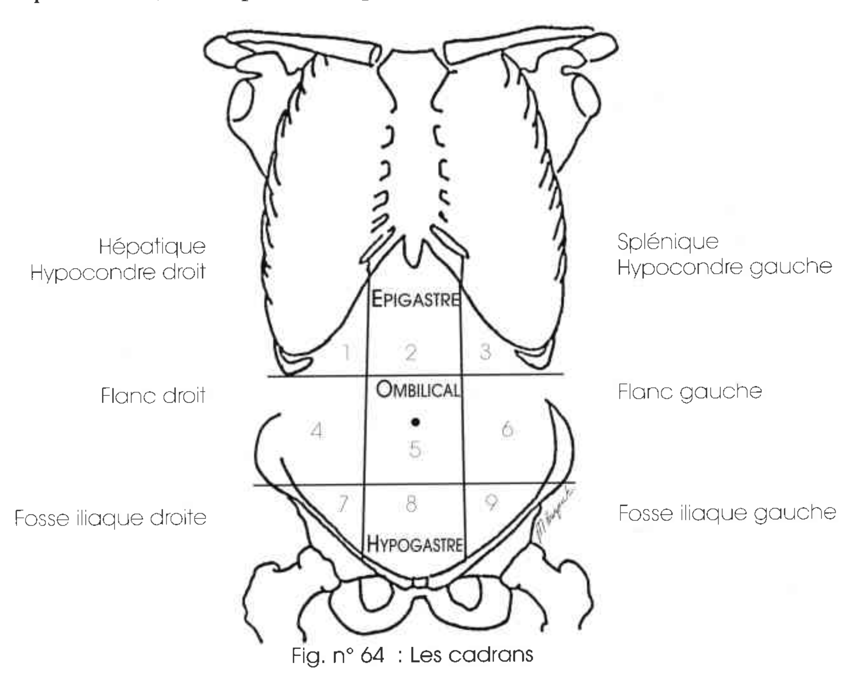


Fig. n° 64 : Les cadrans

Tracé des cadrans selon :

- Deux lignes verticales.

Elles passent de chaque côté de l'appendice xiphoïde à deux ou trois travers de doigts de distance et descendent verticalement, de chaque côté de la symphyse pubienne.

- Deux lignes horizontales.

Une ligne horizontale supérieure passe au niveau des dernières côtes.
Une ligne horizontale inférieure passe au niveau des deux épines iliaques antéro-supérieures.
Ces quatre lignes délimitent 9 cadrans. Explorons-les successivement.

1-Le cadran de l'hypocondre droit

Il s'y projette : - le lobe droit du foie,
- la vésicule biliaire,
- l'angle colique droit.

2-Le cadran épigastrique

Il s'y projette : - le lobe gauche du foie,
- une partie de l'estomac, en arrière du foie.

3-Le cadran de l'hypocondre gauche

Il s'y projette : - une partie de l'estomac,
- la rate,
- la queue du pancréas,
- l'angle colique gauche.

4-Le cadran du flanc droit

Il s'y projette : - le colon ascendant.

5-Le cadran ombilical

Il s'y projette : - le colon transverse,
- le cadre duodénal,
- la tête du pancréas,
- les anses intestinales.

6-Le cadran du flanc gauche

Il s'y projette : - le colon descendant,
- les anses intestinales.

7-Le cadran de la fosse iliaque droite

Il s'y projette : - le cæcum,
- la jonction iléo-cæcale,
- la trompe et l'ovaire droit.

8-Le cadran de l'hypogastre

Il s'y projette : - les anses intestinales,
- la vessie quand elle est en réplétion.

9-Le cadran de la fosse iliaque gauche

Il s'y projette : - les anses intestinales,
- le colon iliaque,
- la trompe et l'ovaire gauche.

Considérons, par exemple, la posture d'un patient «enroulé» sur la chaîne croisée antérieure gauche. Il faudra attacher une attention particulière aux cadrans abdominaux qui sont en relation avec cette chaîne musculaire (sans oublier, au niveau thoracique, la zone pulmonaire droite), c'est-à-dire, à :
- la fosse iliaque gauche, relative au cadran n° 9,
- la zone ombilicale, relative au cadran n° 5,
- l'hypocondre droit, relative au cadran n° 1.

Le patient peut en effet avoir adopté cette posture d'enroulement suite à une tension tissulaire viscérale se situant dans un ou plusieurs de ces cadrans.

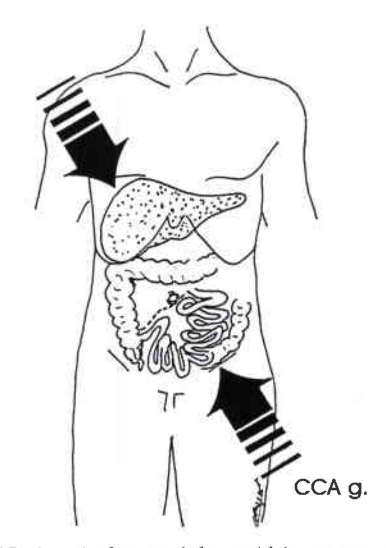


Fig. n° 65 : La chaîne croisée antérieure gauche

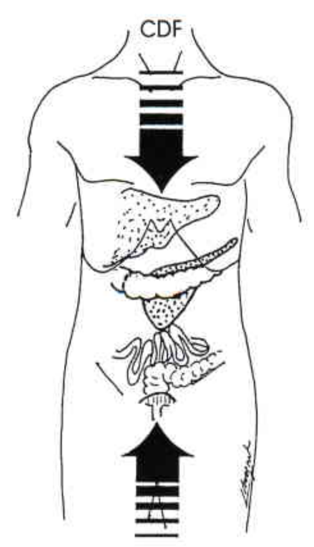


Fig. n° 66 : La chaîne de flexion

On procédera de même, en examinant les cadrans correspondants, pour repérer une éventuelle sur-programmation de la chaîne de flexion.
Si la sur-programmation affecte le niveau abdominal, on constatera une rétroversion du bassin associée à une délordose lombaire. L'examen devra porter en particulier sur les cadrans 2-5-8.
Si la sur-programmation de la chaîne de flexion affecte le niveau thoracique, on constatera une cyphose dorsale. L'examen devra alors s'intéresser plus spécialement au thorax.
De même pour une posture en chaîne croisée antérieure droite, un intérêt tout particulier devra être porté d'une part, aux cadrans 3-5-7, et d'autre part, au niveau thoracique, à la zone pulmonaire gauche.

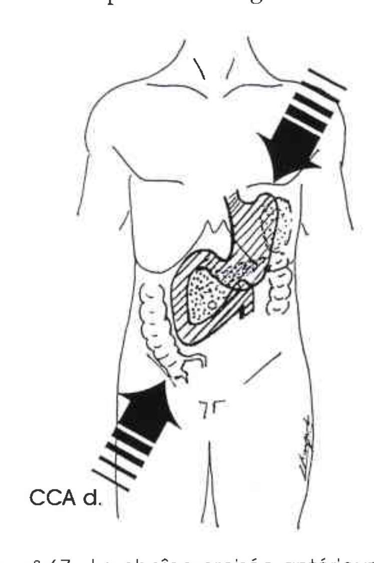


Fig. n° 67 : La chaîne croisée antérieure droite"

Il faut, à partir de là, bien comprendre que si le patient présente une statique de chaîne d'extension, de chaîne croisée postérieure gauche ou droite, cette posture est potentiellement la réponse statique à un problème de congestion abdominale ou à un problème de tension des loges rénales suite à un calcul rénal...

Une fois que les «zones de conflit» ont été repérées et mises en évidence par l'examen statique, l'examen dynamique va permettre de *tester* les compensations des différentes chaînes. On qualifiera de «surprogrammée» une chaîne présentant un état de tension excessif.

EXAMEN DYNAMIQUE

Au cours de l'examen dynamique, la capacité d'allongement de chacune des chaînes musculaires est testée. Toute hyper ou hypo-programmation est notée et reportée sur la fiche d'examen.
Chaque fois qu'une limitation ou un relâchement d'une partie ou de l'ensemble d'une chaîne musculaire est repéré, on doit rechercher si la chaîne viscérale est impliquée ou pas.
Cette enquête ne peut être menée à bien qu'à condition d'avoir en tête un «tableau» des influences réciproques des différentes chaînes.

Ces correspondances sont simples et évidentes quand on considère les grands ensembles du corps humain.
Ainsi, la chaîne viscérale abdominale influence les chaînes musculaires au niveau de la cavité abdominale.
La chaîne viscérale thoracique influence les chaînes musculaires au niveau de la cage thoracique.
Et il en est de même pour les autres niveaux de la gorge et de la cavité pelvienne.

La chaîne de flexion au niveau de la cavité abdominale est sur-programmée quand *des tensions centripètes* siègent dans les cadrans: 8-5-2 ou dans l'ensemble de l'abdomen.

La chaîne d'extension au niveau de la cavité abdominale est sur-programmée quand *des tensions centrifuges* siègent dans les cadrans: 8-5-2 ou dans l'ensemble de l'abdomen.

La chaîne croisée antérieure droite au niveau de la cavité abdominale est sur-programmée quand *des tensions centripètes* siègent dans les cadrans: 7-5-3.

La chaîne croisée antérieure gauche au niveau de la cavité abdominale est sur-programmée quand *des tensions centripètes* siègent dans les cadrans : 9-5-1.

La chaîne croisée postérieure droite au niveau de la cavité abdominale est sur-programmée quand *des tensions centrifuges* siègent dans les cadrans : 7-5-3.

La chaîne croisée postérieure gauche au niveau de la cavité abdominale est sur-programmée quand des tensions *centrifuges* siègent dans les cadrans : 9-5-1.

Les chaînes croisées antérieures au niveau de la cavité abdominale sont sur-programmées bilatéralement quand *des tensions centripètes* nécessitent la compensation en fermeture.

Les chaînes croisées postérieures au niveau de la cavité abdominale sont sur-programmées bilatéralement quand *des tensions centrifuges* nécessitent la compensation en ouverture.

Observations
Quand une chaîne ou une partie de la chaîne est sur-programmée, la partie correspondante de la chaîne antagoniste est dé-programmée.

Chaque cadran abdominal peut avoir une action sélective sur la partie correspondante de la chaîne.

Voici les tests simples qui nous permettent d'évaluer chacune des chaînes.

- *Le test d'extension s'adresse aux chaînes de flexion.*
- *Le test de flexion s'adresse aux chaînes d'extension.*
- *Le test de torsion antérieure droite s'adresse à la chaîne croisée postérieure droite.*
- *Le test de torsion antérieure gauche s'adresse à la chaîne croisée postérieure gauche.*
- *Le test de torsion postérieure droite s'adresse à la chaîne croisée antérieure droite.*
- *Le test de torsion postérieure gauche s'adresse à la chaîne croisée antérieure gauche.*

Les tests dynamiques permettent de mettre en évidence les sur-programmations et dé-programmations des chaînes. La programmation des chaînes au niveau du tronc va avoir une influence en continuité sur les chaînes des membres inférieurs, hanches, genoux, chevilles, voûtes plantaires. Le relais va se faire à partir du bassin et plus particulièrement des iliaques d'où partent les chaînes jusqu'à la voûte plantaire. D'où la nécessité de poursuivre par l'examen dynamique du bassin.

Dans le tome IV on a développé les influences suivantes.

- La *chaîne de flexion* détermine la *postériorité iliaque.*
- La *chaîne d'extension* détermine l'*antériorité iliaque.*
- La *chaîne d'ouverture* détermine l'*abduction-rotation externe.*
- La *chaîne de fermeture* détermine *l'adduction-rotation interne.*
- La *chaîne d'ouverture* détermine l'*allongement du membre inférieur.*
- La *chaîne de fermeture* détermine le *raccourcissement.*

Les tests auront pour but de mettre chacune des chaînes en course externe.

- La *chaîne de flexion* est examinée par le *test d'antériorité iliaque.*
- La *chaîne d'extension* est examinée par le *test de postériorité iliaque.*
- La *chaîne d'ouverture* est examinée par le *test de raccourcissement.*
- La *chaîne de fermeture* est examinée par le *test d'allongement.*

L'antériorité, postériorité, ouverture, fermeture, sont des paramètres utilisés dans les compensations du bassin.

Causes des compensations

Les causes de ces compensations peuvent êtres articulaires, musculaires, neuroméningées, viscérales.

- ***Causes articulaires :*** elles sont finalement beaucoup plus rares qu'on ne le pense. Un conflit articulaire est cependant très invalidant à court terme et le sujet se fait traiter dans les plus brefs délais. De ce fait, à moins d'un traumatisme important, ces cas n'occasionnent pas de compensations majeures à long terme.
- ***Causes musculaires :*** il est normal que presque tous les individus développent des circuits musculaires préférentiels à partir d'une jambe directrice, à partir d'un bras directeur. Le travail, l'activité sportive peuvent être à l'origine d'une asymétrie que nos tests mettent facilement en relief. Les compensations qui en découlent sont peu contraignantes et le sujet n'en ressent aucune gêne dans sa vie quotidienne. Elles sont cependant pénalisantes à long terme. En modifiant de façon chronique la statique et la répartition des charges, elles favorisent l'installation de points de surmenage et de l'arthrose.
- ***Causes neuroménigées :*** ce type de cause est facilement diagnostiqué. Les compensations sont accompagnées de douleurs neurogènes. Elles sont augmentées par des tests à distance qui n'impliquent ni le plan articulaire ni le plan musculaire local. Dans ce cas, la flexion de la tête ou la flexion passive du pied déclenche des douleurs. Lors de ces tests, seule la chaîne neuroméningée est mise en tension. On constate donc ici que l'examen et le traitement de la chaîne neuroméningée sont spécifiques.
- ***Causes viscérales :*** ce sont les plus insidieuses. Leur influence profonde aliène le bassin et les ailes iliaques au service de compensations très logiques, très cohérentes et très structurées qui visent à soulager les tensions internes.

PREMIÈRE POSSIBILITÉ

Le sujet présente des tensions centrifuges de type plénitude.

Nous avons vu dans les tomes II et IV que dans un premier temps les chaînes d'extension organisent un schéma de décompression et si nécessaire dans un deuxième temps les chaînes d'ouverture complètent avec la décompression supplémentaire qu'apporte l'ouverture. Précisons qu'en fonction de la localisation de l'organe, médian ou latéralisé, la compensation sera symétrique ou latéralisée. De toute façon la géométrie de la compensation statique, si nous savons la lire, a *en son centre* l'organe cible.

DEUXIÈME POSSIBILITÉ

Le sujet présente des tensions centripètes de type vide, ptose, irritations, spasmes, cicatrices, adhérences etc..

Dans un premier temps les chaînes de flexion organisent un schéma de replis et si nécessaire dans un deuxième temps les chaînes de fermeture complètent avec le reploiement supplémentaire qu'apporte la fermeture.

La géométrie de la compensation statique a toujours *en son centre* la zone de tension.

Les problèmes de la chaîne viscérale structurent de façon profonde les compensations lombo-pelviennes ainsi que la statique des membres inférieurs.

Les fausses inégalités des membres dans la majeure partie des cas viennent du plan viscéral.

Cette dernière phrase n'est pas une affirmation théorique mais le résultat de nombreuses années d'expériences pratiques.

L'examen de l'abdomen s'avère indispensable pour comprendre la logique des compensations, des déformations, des dysfonctions.

B - Morphologie de l'abdomen

1 - De face

Normalement, l'ombilic est rond et centré. Parfois, son bord supérieur en recouvre l'orifice. C'est peut être le signe d'une ptose hépatique. On peut dire que le ligament rond «tombe» sur la partie supérieure de l'ombilic.

La morphologie de l'abdomen doit être harmonieuse.

2 - De profil

On peut remarquer :

- Un ballonnet sus-ombilical : c'est peut-être le signe d'une congestion hépatique ou encore d'une congestion gastrique.
- Un ballonnet sous-ombilical : c'est peut-être le signe d'une congestion de l'étage sous-méso-colique.

- Un ballonnet sous-ombilical associé à une dépression de la région sus-ombilicale. C'est très souvent la marque d'une ptose des organes au niveau sus-ombilical. Cette ptose comprime les organes sous-jacents et entraîne un phénomène de congestion.

C - *Examen veineux*

L'observation de la circulation veineuse des membres inférieurs et de l'abdomen doit compléter les examens cliniques médicaux.

D - *Examen de la tension abdominale*

L'examen de la tension abdominale suppose une manœuvre que l'on se propose ici de décrire.

Le patient est en décubitus dorsal, tête relevée et membres inférieurs fléchis afin de détendre la paroi abdominale
Le praticien est à droite du sujet. Il place ses deux mains sur la partie médiane de l'abdomen, une en dessus, l'autre en dessous de l'ombilic.
Il exerce une pression vers le plan de la table d'une main, puis de l'autre. Lorsque l'on déprime la paroi abdominale, plusieurs cas de figure peuvent se produire.



Photo n°1 : Tension abdominale

Si le cas de figure est identique de part et d'autre, au niveau des *deux* mains, tel que, l'on ressent :

a - une sensation d'homogénéité = NORMOTENSION
b - une sensation de résistance = HYPERTENSION
c - une sensation de vide abdominal = HYPOTENSION

Si le cas de figure est différent de part et d'autre de sorte que les deux mains reçoivent des informations distinctes ou opposées, tel que l'on ressent :

d - une sensation de vide abdominal dans la région sus-ombilicale
= HYPOTENSION sus-ombilicale.
e - une sensation de résistance dans la région sous-ombilicale
= HYPERTENSION sous-ombilicale.

On a alors affaire à une ptose viscérale sus-ombilicale. La morphologie de l'abdomen présente alors une dépression au niveau sus-ombilical associée à un ballonnet sous-ombilical.

E - Percussions abdominales

La percussion a pour fin de localiser les organes. Certains organes sont dits «creux» et d'autres «pleins». La technique qui va nous permettre, à partir de là, de différencier les organes entre eux, consiste à «écouter» le son émis par chaque zone de l'abdomen lors de sa percussion. Ainsi, quand on le percute, un *organe creux* va émettre un son *résonnant*. Au contraire, un *organe plein* va émettre un son *mat*.

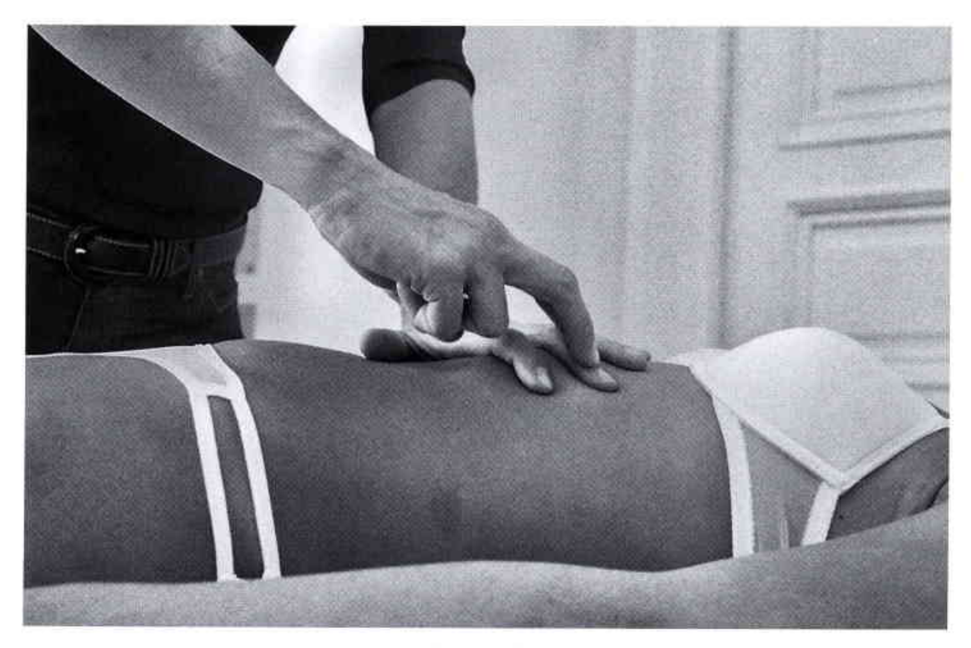


Photo n°2 :

1 - Percussion de l'estomac

On percute uniquement la partie aérique de l'estomac, c'est-à-dire, l'espace de Traube qui se trouve entre le 5ème et 9ème espace intercostal gauche. Le son émis doit être résonnant.

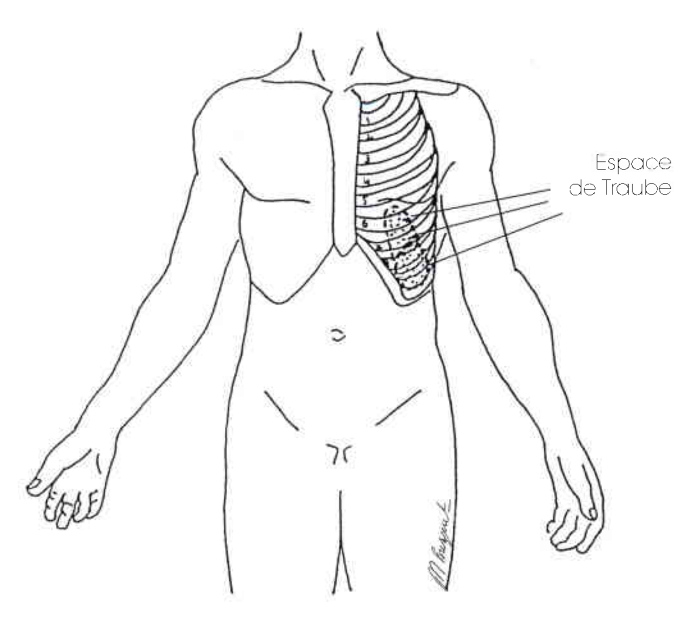


Fig. n° 68 : Espace de Traube



Photo n°3 : Percussion espace de Traube

2 - Percussion du foie

Le foie se trouve entre le 4ème et le 5ème espace intercostal droit et va jusqu'au rebord chondro-costal. Le son émis est mat.

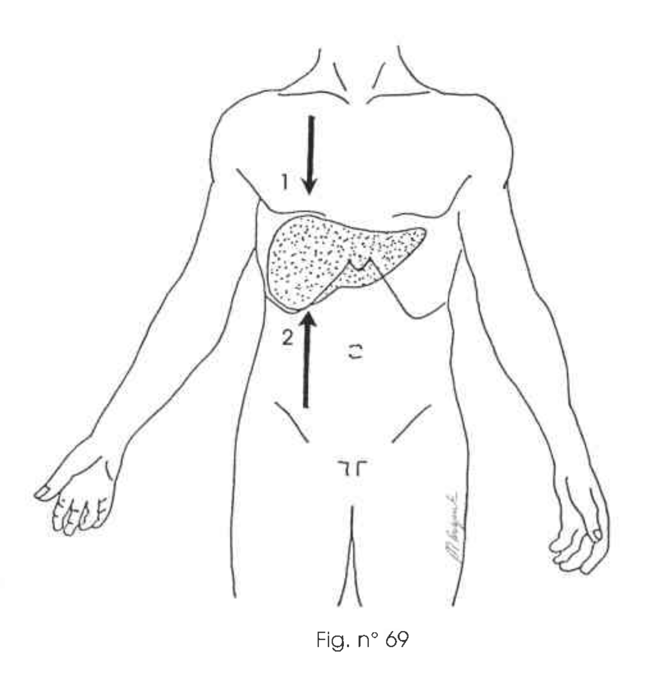


Fig. n° 69

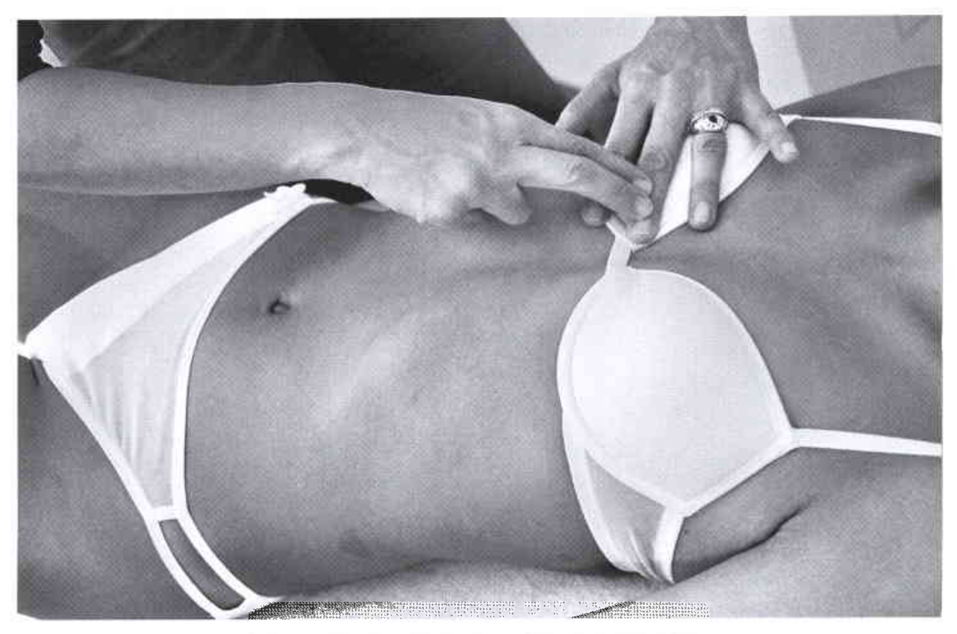


Photo n°4 : Percussion bord supérieur du foie

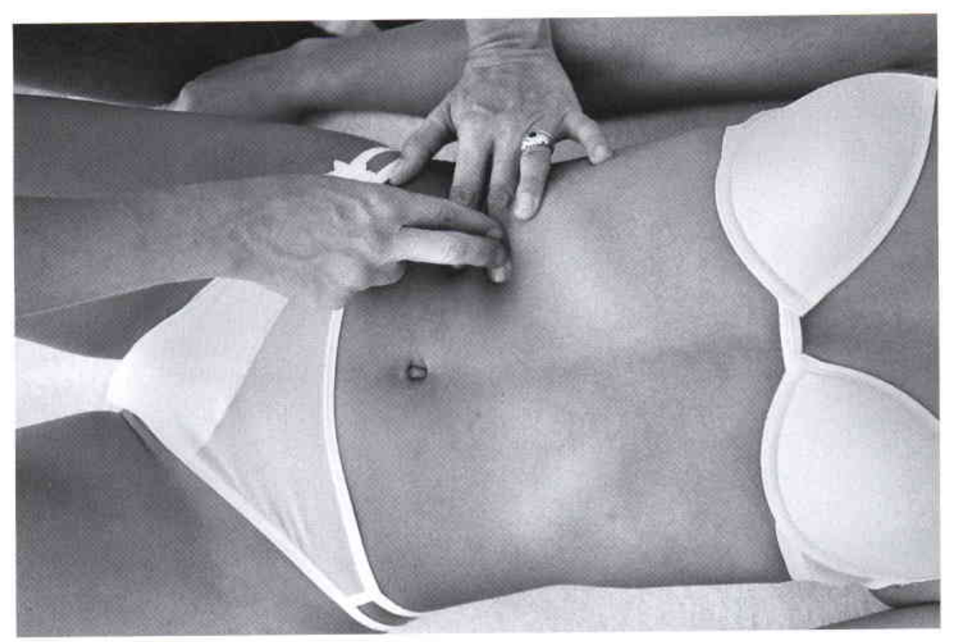


Photo n°5 : Percussion bord inférieur du foie

3 - Percussion de la rate

La rate se trouve au niveau de la 10ème côte en arrière de la ligne axillaire médiane. Le son émis doit être mat.

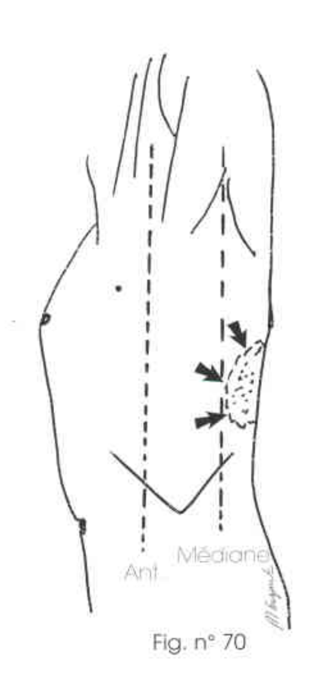


Fig. n° 70



Photo n°6 : Percussion de la rate

La percussion du dernier espace intercostal (point de la rate), à l'aplomb de la ligne axillaire antérieure, se fait lors de la phase terminale de l'inspiration. Le son émis doit être résonnant. Si on relève au contraire une matité, on peut soupçonner un cas de splénomégalie.

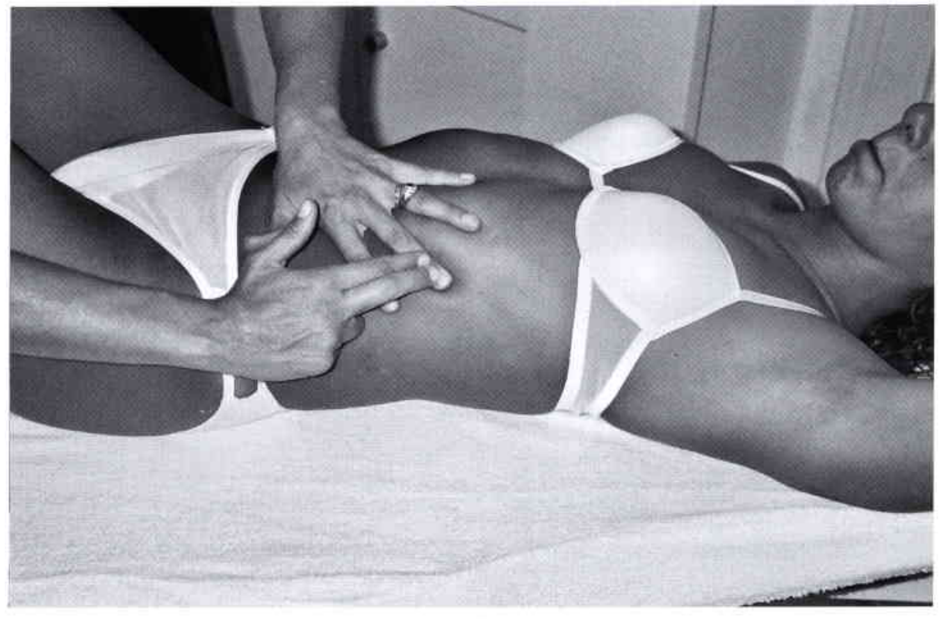


Photo n°7 : Point de la rate

4 - Percussion des intestins

En ce qui concerne **les intestins grêles** : il faut bien déprimer les tissus dans les zones à percuter.

On percute les cadrans : ombilical, flanc gauche, fosse iliaque gauche, hypogastre. Les bruits doivent être mats.



Photo n°8 : Percussion anses intestinales supérieures



Photo n°9 : Percussion anses intestinales inférieures

Le cadre colique: il faut bien déprimer les tissus dans les zones à percuter.
On percute:

- la fosse iliaque droite: le bruit doit être résonnant,
- le flanc droit: le bruit doit être résonnant,
- l'hypocondre droit: le bruit doit être résonnant jusqu'au bord inférieur du foie,

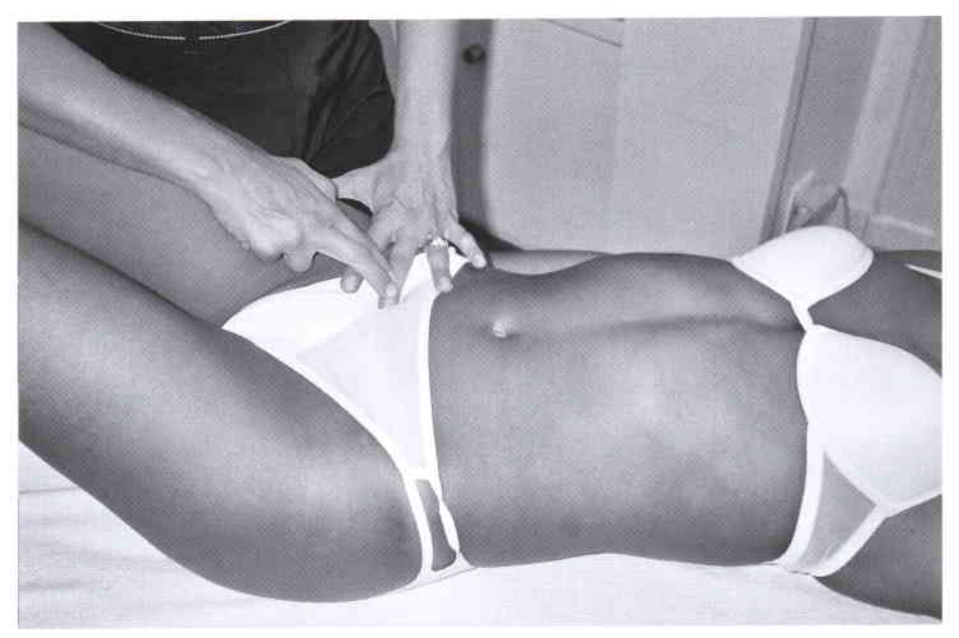


Photo n°10 : Percussion fosse iliaque droite

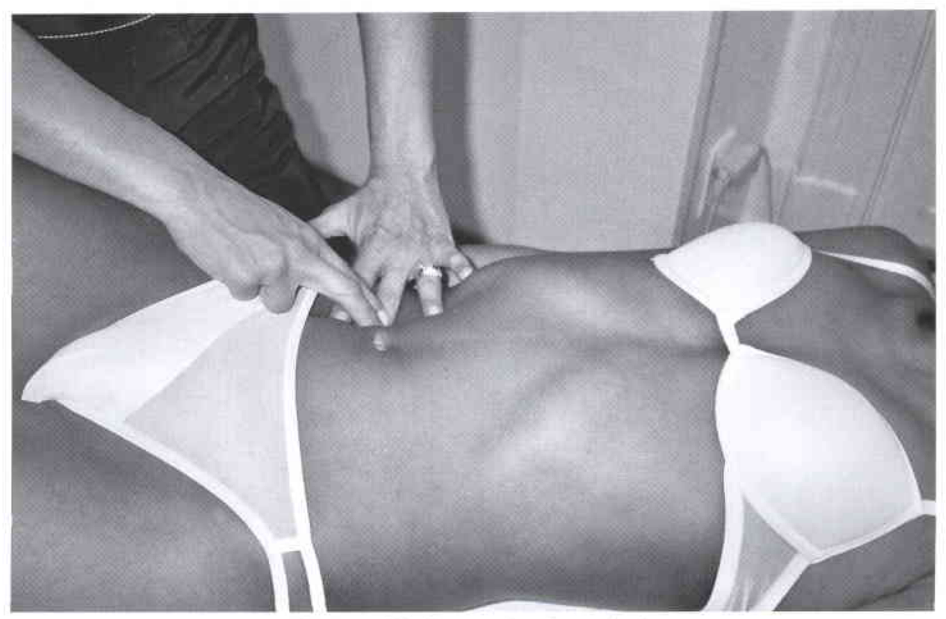


Photo n°11 : Percussion flanc droit

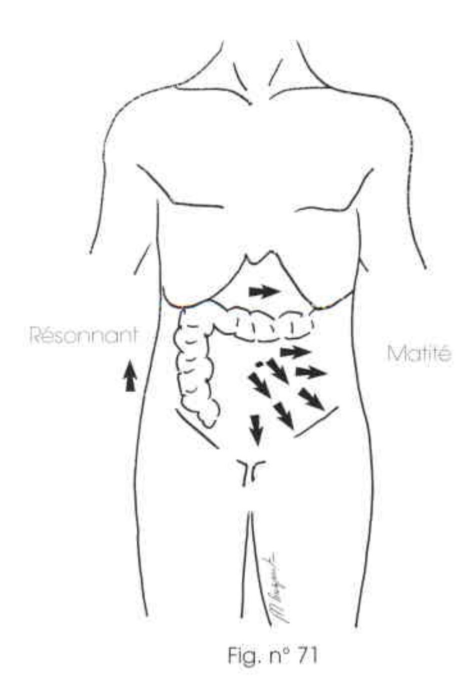


Fig. n° 71

- **l'épigastre** : le bruit doit être résonnant,
- **l'hypocondre gauche** : le bruit doit être de moins en moins résonnant car le colon transverse est de plus en plus profond.

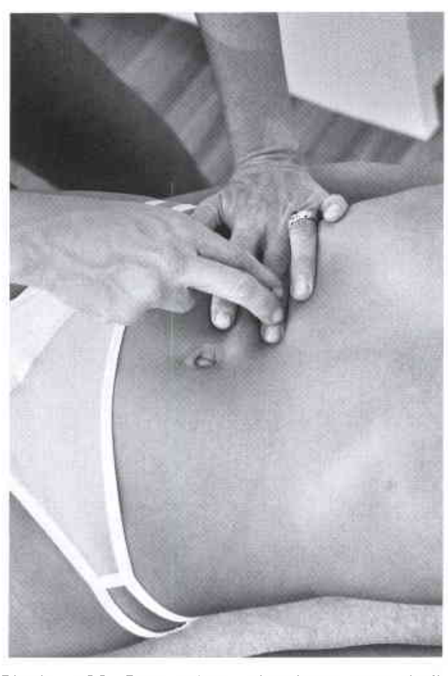


Photo n°12 : Percussion colon transverse droit

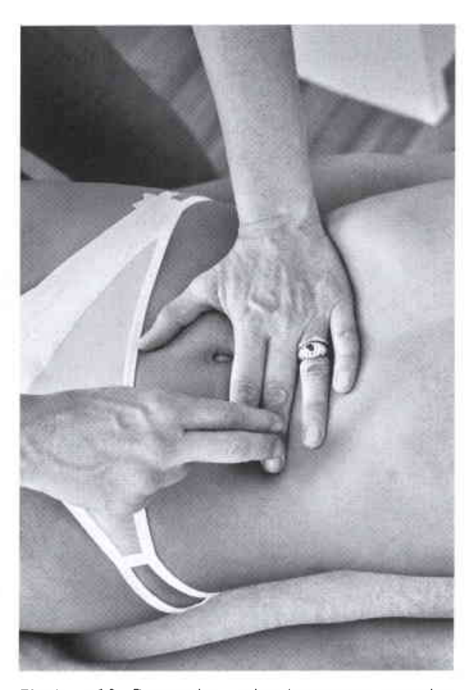


Photo n°13 : Percussion colon transverse gauche

La percussion du colon descendant n'est pas possible car les anses intestinales sont placées en avant.

La percussion n'est pas un examen facile, car il donne un renseignement auditif qu'il faut pouvoir interpréter, décoder.

Afin que ce renseignement auditif soit le plus clair possible, il faut:

1-percuter 2 ou 3 fois la même place,

2-percuter au même rythme,

3-changer les zones à percuter à la même vitesse.

La percussion va nous donner d'autres informations.

1-La congestion hépatique: si le bord supérieur est plus haut et le bord inférieur plus bas. Le foie a augmenté de volume.

2-La ptose hépatique: quand le bord supérieur est descendu à égale distance de la descente du bord inférieur.

3-La dilatation de l'estomac: quand y a une augmentation du volume de l'espace de Traube.

4-Le météorisme: quand la percussion des anses intestinales donne un son résonnant.

5-L'état inflammatoire des anses intestinales: quand le percussion donne un son «liquidien».

6-La tension de la fosse iliaque droite: quand la percussion donne un son mat.

Il faudra toujours confirmer les résultats de la percussion par l'examen de la palpation abdominale.

F - Palpation abdominale

Dans leur état normal, les organes ne sont pas palpables. L'abdomen présente une homogénéité tissulaire. La palpation suppose donc un certain nombre de compressions plus ou moins importantes sur l'abdomen afin d'atteindre les organes. Pour ce faire, la palpation abdominale doit s'effectuer sur un abdomen souple et détendu.

En outre, il faut vérifier au préalable les ganglions :

- cervicaux,
- sus-claviculaires : le ganglion sus-claviculaire gauche (Troisier) est en général signe de cancer abdominal,
- inguinaux : ils sont horizontaux et superficiels au niveau du canal inguinal.

Le patient a la tête légèrement relevée et les membres inférieurs fléchis.
Lors de la palpation abdominale, un certain nombre de modalités doivent être respectées. On doit :

1-Localiser la zone à palper.
2-Détendre les tissus en donnant un crédit tissulaire.
3-Pénétrer suivant un axe de 60° par rapport au plan de la paroi abdominale antérieure.
4-Réaliser les tests de palpation, tout en conservant la position de pénétration tissulaire.

1 - Palpation de l'épigastre

Lorsque cette zone est douloureuse, il existe un test différentiel permettant de savoir si le problème est gastrique ou hépatique.

Description de la manœuvre :
Patient : en décubitus dorsal, la tête légèrement relevée, les membres inférieurs fléchis.
Praticien : à droite du sujet.

Premièrement.

1-Localisation : il place *un doigt* sous l'appendice xiphoïde.
2-Crédit de détente : pas nécessaire.
3-Pénétration tissulaire
4-Test : est-ce douloureux ?

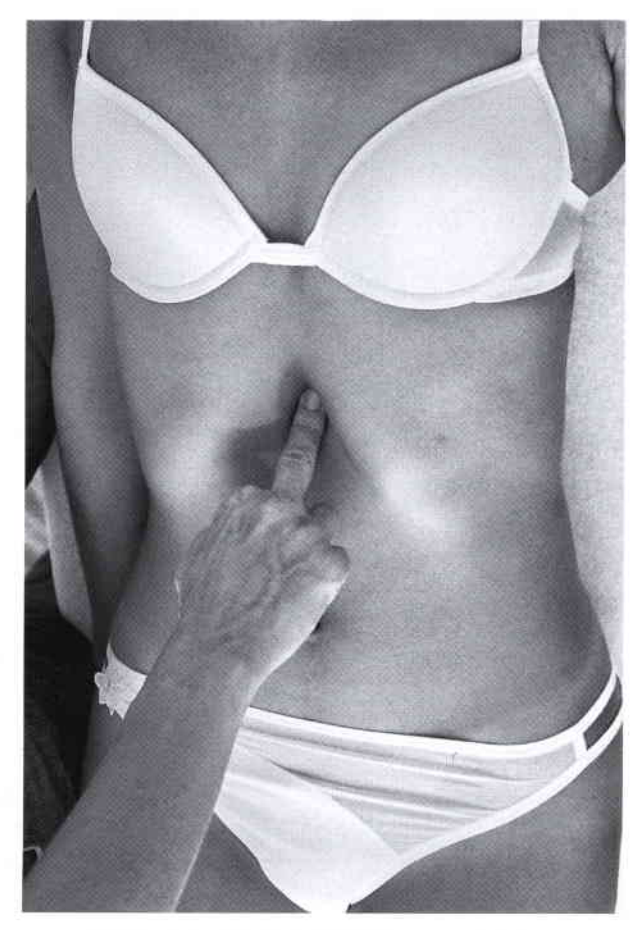


Photo n°14 : Douleur épigastrique (1 doigt)

Deuxièmement

1-Localisation : il place *trois doigts* sous l'appendice xiphoïde.
2-Idem
3-Idem
4-Idem

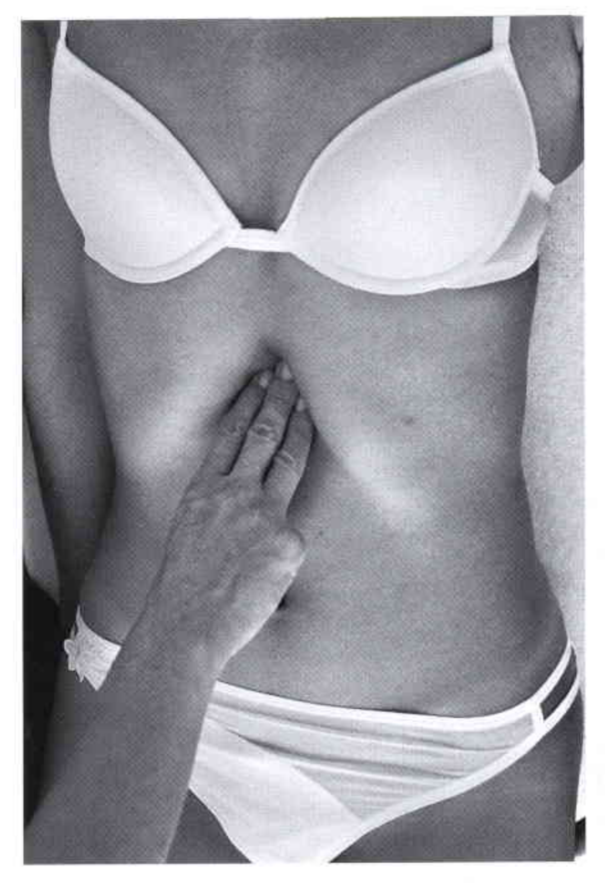


Photo n°15 : Douleur épigastrique (3 doigts)

Bilan :

Si la douleur est ressentie à un doigt et à trois doigts : le problème est d'ordre *hépatique*.

Si la douleur est ressentie à un doigt et s'annule à trois doigts : le problème est d'ordre *gastrique*.

La sensibilité d'une glande est toujours présente quelle que soit la manière dont on appuie.

La sensibilité d'un organe due aux fibres musculaires de sa tunique, elle, varie :

- si l'on applique une pression large, la douleur se dissipe,
- si l'on applique une pression punctiforme, la douleur persiste.

2 - Palpation de l'hypocondre gauche

Description de la manœuvre :

Patient : en décubitus dorsal, la tête légèrement relevée, les membres inférieurs fléchis.

Praticien : au niveau de l'épaule droite du sujet.

1-Localisation : la pulpe des doigts de la main droite vient se poser depuis le rebord chondro-costal gauche du sujet jusqu'à l'ombilic. La main gauche est posée au-dessus de la main droite.

2-Crédit de détente tissulaire : vers la fosse iliaque gauche.

3-Pénétration tissulaire.

4-Test : le praticien amène les tissus vers l'épaule droite du sujet.

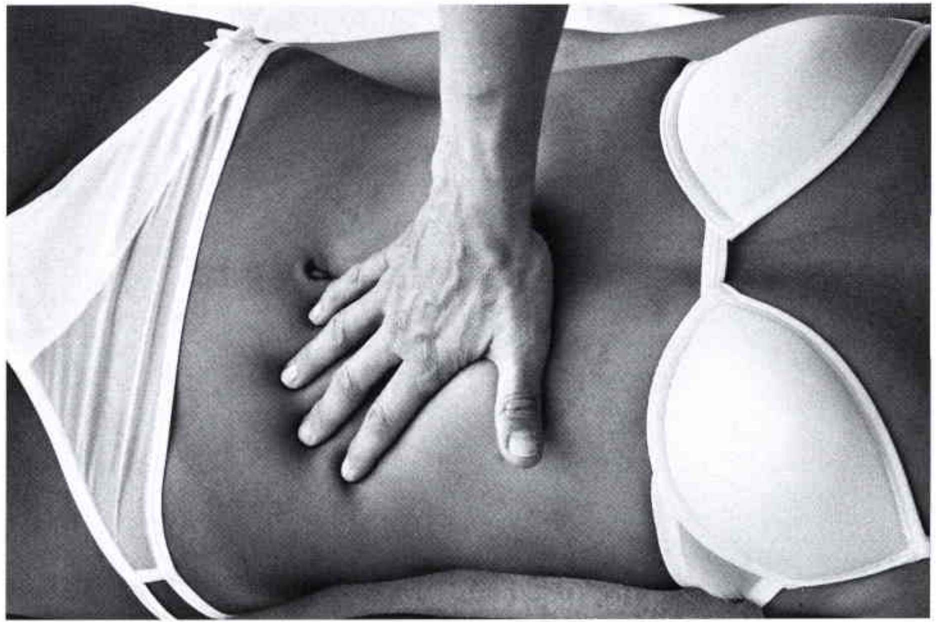


Photo n°16 : Palpation de l'hypocondre gauche (1 position)

Bilan :

Si le praticien palpe une courbure sous la pulpe de ses doigts, cela signifie qu'il y a tension des tissus de l'hypocondre gauche, c'est à dire des tissus de la grande courbure de l'estomac, notamment, du ligament gastro-colique (grand omentum).

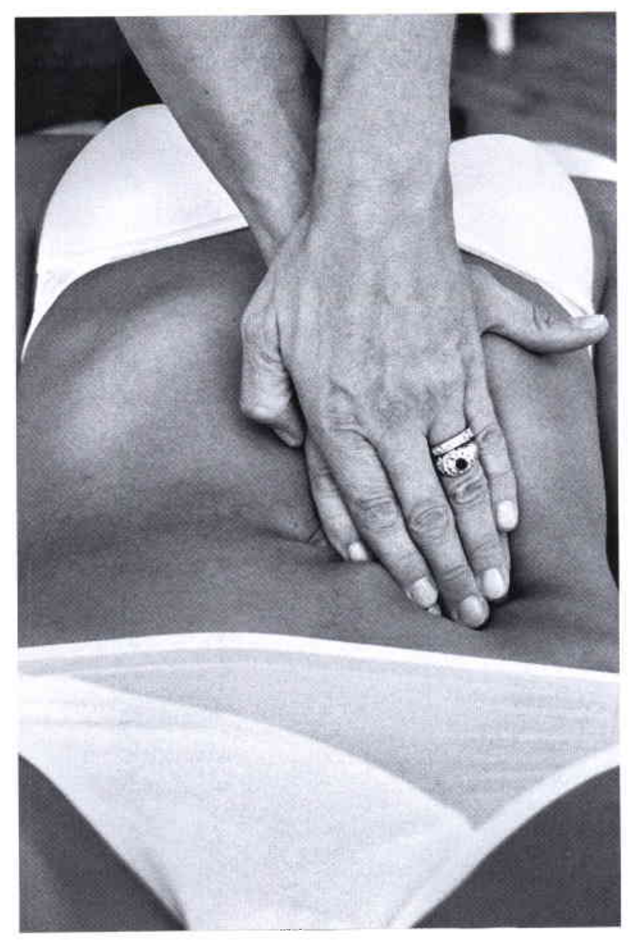


Photo n°17 : Palpation de l'hypocondre gauche (crédit de détente)

3 - Palpation de l'hypocondre droite

Voir plus loin le signe de Murphy.

4 - Palpation de l'étage sous-mésocolique

LA PALPATION GLOBALE

Description de la manœuvre :

Patient : en décubitus dorsal, la tête légèrement relevée, les membres inférieurs fléchis.

Praticien : à droite du sujet.

1-Localisation : avec la pulpe des doigts des 2 mains, il va palper les zones
- -ombilicale,
- -flanc gauche,
- -fosse iliaque gauche,
- -hypogastrique,
- -fosse iliaque droite,
- -flanc droit.

2-Crédit de détente tissulaire

3-Pénétration

4-Test



Photo n°18 : Palpation du grand épiploon (partie supérieure)

Bilan :

Si le praticien palpe des zones de tensions, d'indurations, les tissus de ces zones sont à traiter, notamment le grand omentum

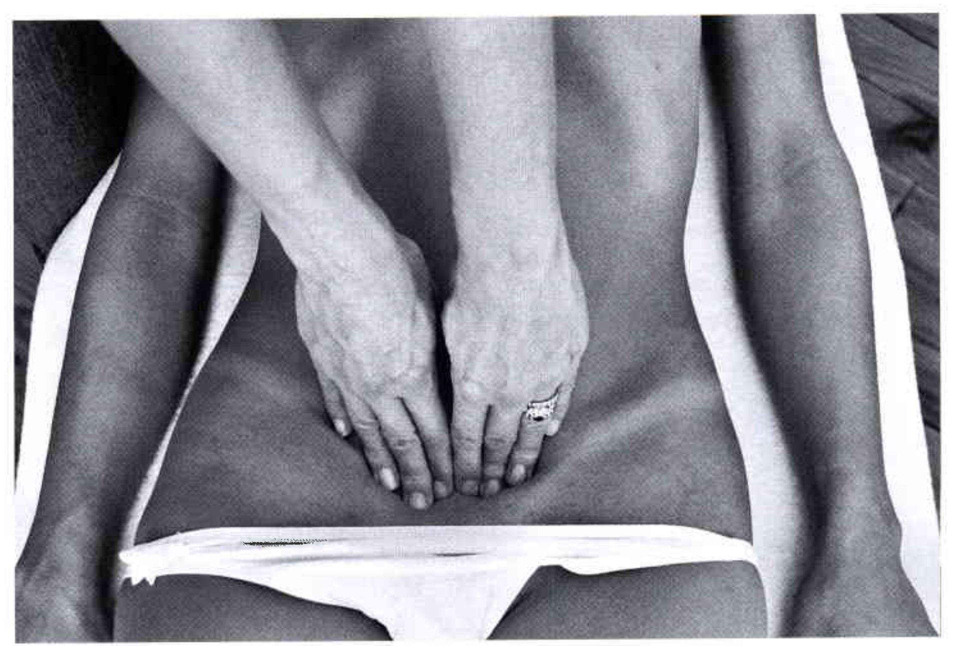


Photo n°19 : Palpation du grand épiploon (partie inférieure)

La palpation analytique

Description de la manœuvre :

Patient : en décubitus dorsal, la tête légèrement relevée, les membres inférieurs fléchis.

Praticien : à droite du sujet. Il superpose l'index et le majeur des deux mains.

1-Localisation : il place les doigts des deux mains, l'un contre l'autre, dans la zone ombilicale

2-Crédit de détente tissulaire : pas nécessaire.

3-Pénétration

4-Test : les doigts céphaliques restent fixes pendant que les doigts caudaux procèdent à un test centrifuge.

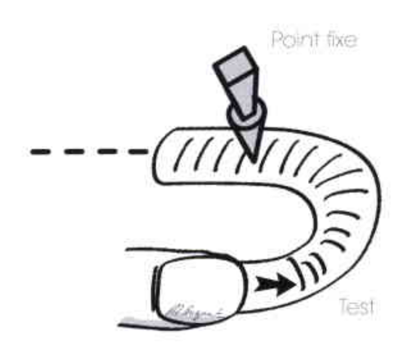


Fig. n° 72 : Test centrifuge

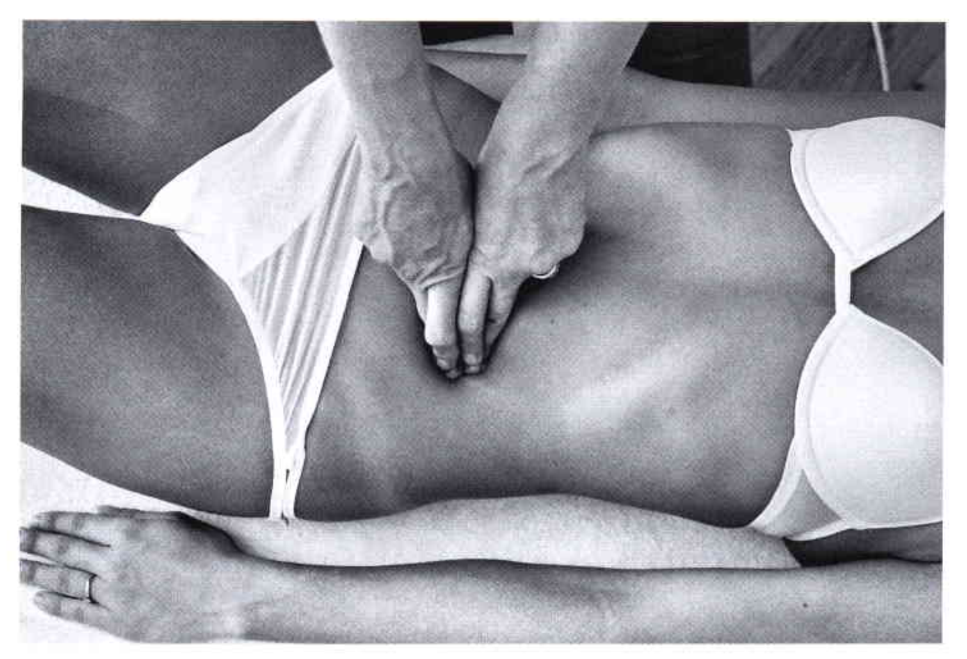


Photo n°20 : palpation analytique (partie supérieure)



Photo n°21 : palpation analytique (partie inférieure)

Cette palpation analytique se fait au niveau du flanc gauche, au niveau de la fosse iliaque gauche zone supérieure et au niveau de la zone hypogastrique.

Bilan :

Si les tissus sont souples, le test mobilise facilement les tissus les uns par rapport aux autres.

S'il existe une tension, le glissement tissulaire ne peut avoir lieu.

Lorsqu'il y a tension, cette palpation peut donner des douleurs irradiantes vers le dos.

Le plus souvent, le patient affirme que cette douleur est identique à celle dont il souffre d'habitude. Ces tensions douloureuses pourraient être liées au tissu du mésentère.

5 - Palpation de la fosse iliaque droite

Description de la manœuvre :

Patient : en décubitus dorsal, la tête légèrement relevée, les membres inférieurs fléchis.

Praticien : à droite du sujet.

1-Localisation : le talon de la main droite se trouve sous l'EIAS droite, doigts orientés vers la fosse iliaque gauche.
2-Crédit de détente tissulaire avec la main gauche, au niveau du flanc gauche du sujet.
3-Pénétration tissulaire de la fosse iliaque droite.
4-Test : la pulpe des doigts de la main droite amène les tissus de la zone interne de la fosse iliaque droite vers la zone externe.

Bilan :

Normalement les tissus sont souples.

S'il existe une tension, les tissus concernés sont la racine du mésentère et le ligament inférieur du cæcum.



Photo n°22 : palpation fosse iliaque droite

6 - Palpation du flanc droit

Description de la manœuvre :

Patient : en décubitus dorsal, la tête légèrement relevée, les membres inférieurs fléchis.

Praticien : à droite du sujet.

1-Localisation : la pulpe des doigts de la main droite se trouve au niveau de la partie interne du flanc droit.

2-Crédit de détente : avec la main gauche, au niveau du flanc gauche du sujet.

3-Pénétration tissulaire du flanc droit.

4-Test : la pulpe des doigts amène les tissus de la partie interne du flanc droit vers la partie externe du flanc droit.

Bilan :

Normalement les tissus sont souples.

S'il existe une tension, on a la sensation que le grand omentum n'est pas libre par rapport au tissu conjonctif du colon droit. Les tissus ne peuvent alors plus glisser les uns par rapport aux autres.

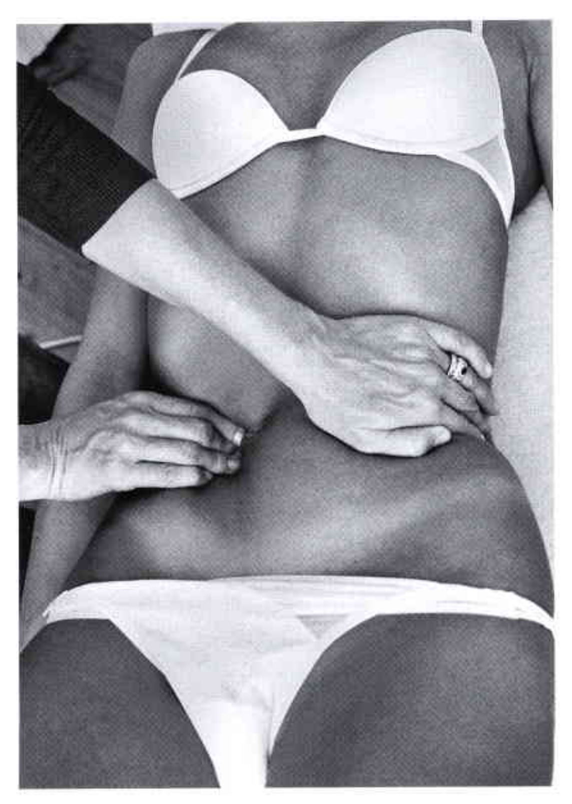


Photo n°23 : palpation flanc droit

7 - Palpation de la fosse iliaque gauche

Description de la manœuvre :

Patient : en décubitus dorsal, la tête légèrement relevée, les membres inférieurs fléchis.

Praticien : à gauche du sujet, au niveau de ses genoux.

1-Localisation : la pulpe des doigts de la main droite se place dans la partie supéro-interne de la fosse iliaque gauche, parallèlement au canal inguinal.

2-Crédit de détente tissulaire, avec la main gauche, au niveau du flanc droit.

3-Pénétration tissulaire de la fosse iliaque gauche.

4-Test : la pulpe des doigts amène les tissus de la partie supéro-interne de la fosse iliaque gauche vers la partie inféro-externe de la fosse iliaque gauche.

Bilan :

Normalement, cette zone doit être souple. Si l'on ressent des résistances, des tensions tissulaires, le tissu en tension est le mésosigmoïde. Il peut provoquer des irradiations douloureuses vers la sacro-iliaque gauche.



Photo n°24 : palpation fosse iliaque gauche

Les palpations spécifiques que nous allons maintenant décrire doivent être considérées comme les préliminaires nécessaires de tout traitement de la chaîne viscérale. Avant d'engager un traitement de la chaîne viscérale, il sera nécessaire de procéder à une palpation spécifique du foie, de la vésicule biliaire (signe de Murphy), des reins, de la rate, des points de projection rénaux.
Si une des palpations est positive, le patient devra consulter son médecin.

8 - Palpation du foie

Palpation de la partie inférieure de la face antérieure du foie.

Description de la manœuvre :

Patient : en décubitus dorsal, la tête légèrement relevée, les membres inférieurs fléchis.

Praticien : à droite du sujet, en demi-fente avant.

- La main gauche est placée derrière le dos du patient.
- La pulpe des doigts de la main droite est placée sous le rebord chondro-costal droit.
- Pendant la respiration, le praticien exerce de la main gauche une pression vers l'avant (le foie vient contre la paroi abdominale) tandis que la main droite analyse la zone à palper. Celle-ci doit être lisse, régulière et non douloureuse.

Palpation du bord inférieur du foie

Description de la manœuvre :

Patient : en décubitus dorsal, la tête légèrement relevée, les membres inférieurs fléchis.

Praticien : au niveau de l'épaule droite du sujet.

- La pulpe des doigts crochète les tissus sous le rebord chondro-costal droit.
- La qualité du bord inférieur doit être appréciée lors de la respiration thoracique.
- Le bord inférieur du foie doit être régulier et indolore.



Photo n°25 : palpation du bord inférieur du foie

Remarque :
Lorsque survient un cas de ptose, le foie bascule d'avant en arrière. Son bord inférieur est situé plus en profondeur. Il sera difficilement palpable en décubitus dorsal. La palpation du bord inférieur du foie, s'effectuera sur un patient en position assise, enroulé en chaîne de torsion antérieure gauche. Cette palpation beaucoup plus profonde permet alors d'atteindre le bord inférieur du foie.

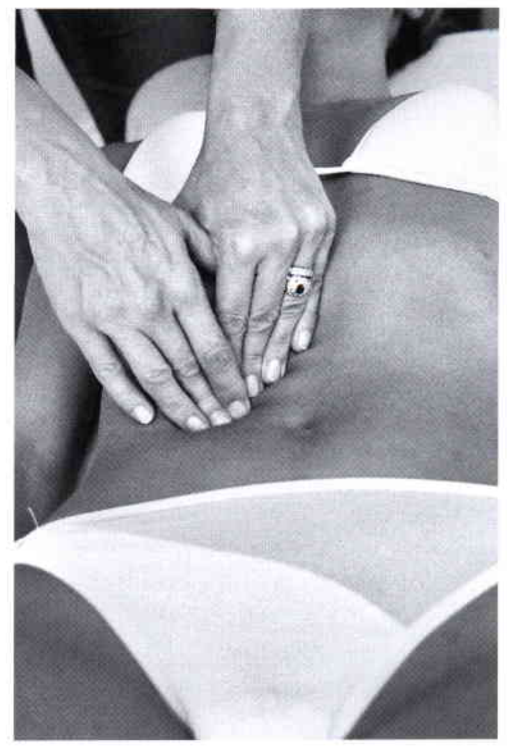


Photo n°26 : palpation du bord inférieur du foie



Photo n°27 : palpation du bord inférieur du foie (en assis)



Photo n°28 : palpation du bord inférieur du foie

9 - Signe de Murphy

Description de la manœuvre :

Patient : en décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis.

Praticien : à droite du sujet.

1-Localisation : le point de Murphy se trouve sur la ligne tendue entre l'ombilic et le mamelon droit. Sur cette droite, on se situe à mi-distance de l'ombilic et du rebord chondro-costal.

2-Placement : la pulpe de l'index de la main droite est placée à ce niveau contre le bord externe du muscle grand-droit.

3-Test : le praticien demande au sujet d'inspirer. Si ce dernier ressent une douleur pendant l'inspiration, le signe est positif.

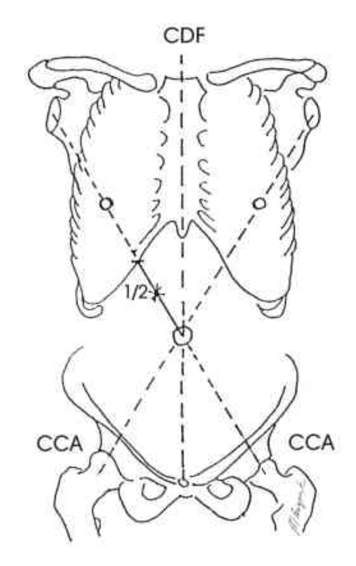


Fig. n° 73 : Test de Murphy



Photo n°29 : Signe de Murphy

10 - Palpation des reins

Description de la manœuvre :
Patient : en décubitus dorsal, la tête légèrement relevée, les membres inférieurs fléchis.
Praticien : latéralement au sujet, du côté du rein à palper.

- La main céphalique est placée sous la région lombaire.
- La main caudale est placée sur la zone flanc-ombilic.
- Pendant que le sujet inspire, les deux mains se rapprochent l'une de l'autre afin de sentir le pôle inférieur du rein. Cette palpation doit se faire en profondeur.

Remarque :
Le rein gauche est rarement palpable.
Le pôle inférieur du rein droit est arrondi et plus médian que le bord inférieur du foie. Ce dernier est plus tranchant et plus étendu.



Photo n°30 : palpation rénale

11 - Palpation de la rate

Normalement le pôle inférieur de la rate n'est pas palpable.

Description de la manœuvre :

Patient : en décubitus latéral droit, membres inférieurs fléchis.

Praticien : en arrière du sujet. Il crochète avec la pulpe des doigts la région inférieure du rebord chondro-dorsal. Il demande au sujet d'inspirer en gonflant la zone thoracique.



Photo n°31 : palpation du bord inférieur de la rate

12 - Points rénaux

Description de la manœuvre :
Patient : position assise
Il existe deux points rénaux que la palpation doit localiser :

a- Le point de Guyon
Il se situe entre la transverse de L1 et le bord inférieur de la douzième côte.
Description de la manœuvre :
Le praticien place la pulpe de son pouce sur ce point et procède à une inclinaison latérale du sujet du côté du point.

b- Le point de la 12ème côte
Il se situe au niveau du 11ème espace intercostal, juste au-dessus du point de Guyon.
Description de la manœuvre :
Le praticien place la pulpe de son pouce sur ce point et procède à une inclinaison latérale du sujet du côté opposé au point.

Le test est positif si les deux points du même côté sont douloureux.

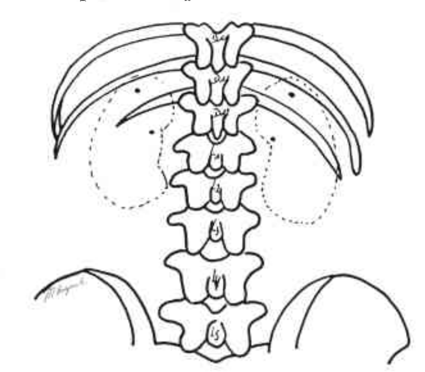


Fig. n° 74



Photo n°32 : Point de Guyon 1. position



Photo n°33 : Point de Guyon 2. test



Photo n°34 : Point du 12ᵉ N intercostal 1. position



Photo n°35 : Point du 12ᵉ N intercostal 2. test

13 - Percussion rénale

Description de la manœuvre :

Patient : assis

Praticien : derrière le patient. Il place la paume de la main au niveau de la loge rénale. Il percute cette main avec le bord cubital de l'autre main fermée.

Le test est positif s'il déclenche une douleur.



Photo n°36 : percussion rénale



Photo n°37 : percussion rénale

Remarque :

L'examen se fait selon cet ordre dans le respect du confort du patient. En effet, l'enchaînement des positions d'examen n'est nullement aléatoire, il est le résultat d'une méthode et peut être qualifié de fonctionnel.

3 - Synthèse de l'examen

L'examen clinique permet :

- d'orienter le patient vers le médecin en cas de signes potentiellement pathologiques :
  - .présence de ganglions,
  - .douleurs lors de l'examen de la tension abdominale,
  - .douleurs lors de la palpation d'une zone de l'abdomen,
  - .soupçon d'une congestion hépatique,
  - .bord inférieur du foie dur et irrégulier,
  - .signe de Murphy positif,
  - .soupçon d'une splénomégalie,
  - .points rénaux positifs,
  - .percussion rénale positive,
- de mettre en évidence des zones de tensions conjonctives viscérales,
- de mettre en relation ces zones de tensions conjonctives viscérales avec les dysfonctions et les adaptations posturales du sujet,
- d'établir une explication sur l'origine et la genèse du motif de consultation,
- de mettre en place un traitement spécifique pour ce patient.

La méthode des Chaînes Musculaires nous permet ainsi d'obtenir un traitement individuel dicté par la cohérence globale du corps du patient pour autant que ce traitement découle de la synthèse de l'examen.

II - Traitement de la chaîne viscérale au niveau de la cavité abdomino-pelvienne

Une fois mené à bien l'examen global dont nous avons énumérées et explicitées les étapes, un diagnostic formulé le plus clairement possible doit nous permettre, d'une part, de savoir si le cas du patient relève de notre compétence, et d'autre part, si tel est le cas, d'être en mesure de déterminer le traitement spécifique qui lui convient. Un traitement ne peut être efficace et rigoureux qu'à cette condition. Il est donc fondamental de prendre le temps de l'examen et de le mener à fond.

Dans ce second moment de la partie consacrée à la pratique, on va donc décrire les postures typiques permettant le traitement de la cavité abdomino-pelvienne.

Le traitement de la chaîne viscérale que constitue la mise en œuvre de ces postures vise à libérer les tensions tissulaires. Il a une action directe sur toutes les zones d'adhérence, de tensions et une action secondaire sur le système artéro-veineux, lymphatique et neurologique.

Avant de commencer, précisons quelques généralités.

Pour détendre la chaîne viscérale, il faudra toujours procéder selon les modalités suivantes, dans l'ordre :

1-Localisation de la zone à traiter.
2-Fixation du point de tension.
3-Pénétration tissulaire à 60° du plan abdominal.
4-Posture-étirement.

Remarque :

Lors de ces manœuvres, les mains établissent un contact avec la peau du patient. Les techniques se réalisent à travers la mobilisation du plan cutané, sans que les doigts du praticien ne glissent sur la peau.

1- Posture de la zone de l'hypocondre gauche

Patient : en décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, tête légèrement relevée.
Praticien : à droite du patient, en 1/2 fente avant.

1-Localisation : la première commissure de la main droite se place en-dessous de la zone de tension du ligament gastro-colique.



Photo n°38 : posture hypocondre gauche 1



Photo n°39 : posture hypocondre gauche 2

2-Fixation établie par cette main droite contre le rebord chondro-costal gauche.
3-Pénétration tissulaire de la pulpe des doigts de la main gauche contre le pouce de la main céphalique.
4-Posture : la main gauche étire les tissus, par une sorte de ratissage, vers la zone médiane et ombilicale.

On posture le ligament gastro-colique.

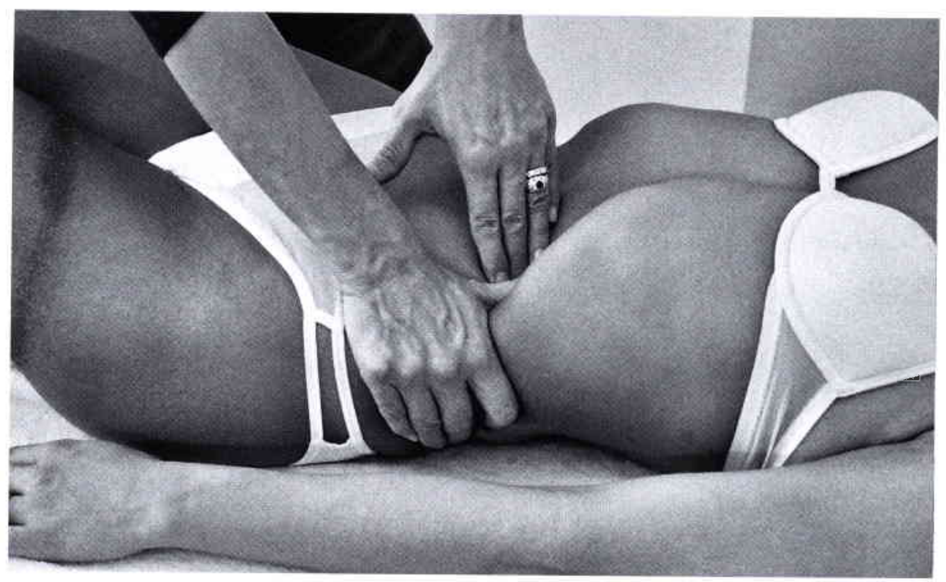


Photo n°40 : posture hypocondre gauche 3



Photo n°41 : posture hypocondre gauche 4

2- Posture de la zone de l'hypocondre droit

On l'effectue lorsqu'une douleur est ressentie dans cette zone et que les examens médicaux sont négatifs, notamment l'examen correspondant au signe de Murphy.

Patient : en décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, tête légèrement relevée.
Praticien : à droite du patient, en 1/2 fente avant.



Photo n°42 : posture hypocondre droit 1



Photo n°43 : posture hypocondre droit 2

1-Localisation : la première commissure de la main gauche se place en-dessous du bord inférieur du foie.
2-Fixation établie par cette main gauche contre le rebord chondro-costal droit.
3-Pénétration tissulaire de la pulpe des doigts de la main droite contre le pouce de la main gauche.
4-Posture : la main droite étire les tissus vers la ligne médiane sus-ombilicale.

On posture le petit omentum.



Photo n°44 : posture hypocondre droit 3

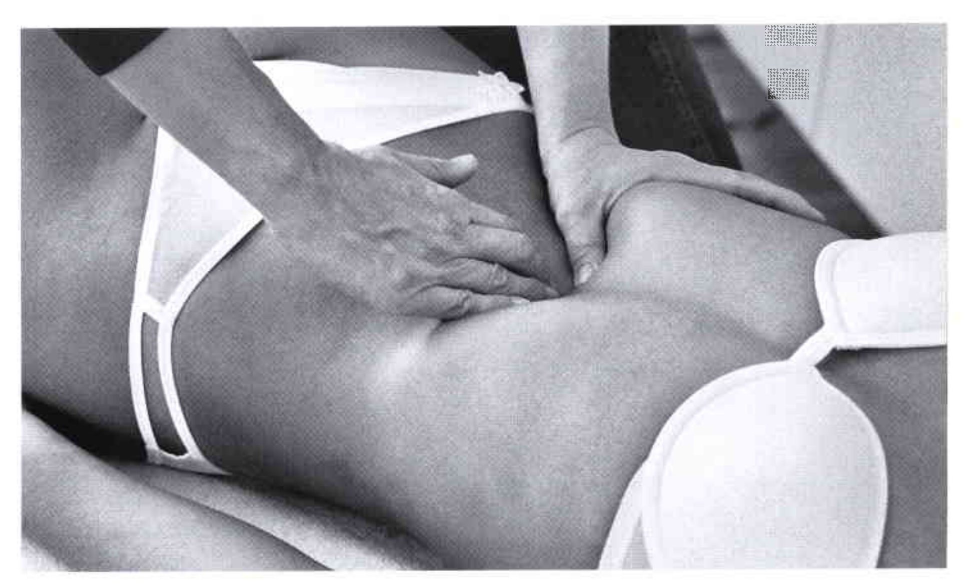


Photo n°45 : posture hypocondre droit 4

3 - Posture de la zone épigastrique

Patient : en décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, tête légèrement relevée.
Praticien : à droite du sujet.

1-Localisation : les doigts de la main droite se placent sous l'appendice xiphoïde et le rebord chondro-costal droit. Le talon de la main gauche se pose sur les dernières phalanges de la main droite.
2-Pénétration tissulaire antéro-postérieure.
3-Fixation de la zone viscérale épigastrique.
4-Posture : le praticien étire les tissus vers le bas et la droite.

On posture la membrane phréno-œsophagienne.



Photo n°46 : posture épigastrique 1



Photo n°47 : posture épigastrique 2-3



Photo n°48 : posture épigastrique 4

4 - Posture de la zone de l'étage sous-mésocolique

Posture globale

Patient : en décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, tête légèrement relevée.
Praticien : latéralement, à droite du sujet.

1-Localisation : le dos des mains sont l'un contre l'autre, le praticien place les bords latéraux des deux index parallèlement aux anses intestinales.



Photo n°49 : posture étage sous-mésocolique, partie supérieure 1 : position



Photo n°50 : posture étage sous-mésocolique, partie supérieure 2 : posture

2-Pénétration tissulaire
3-Fixation : la main gauche maintient le point fixe.
4-Posture : la main droite s'écarte de la main gauche, imitant l'ouverture d'un éventail.

On posture le grand omentum.



Photo n°51 : posture sous-mésocolique partie inférieure 1 : position



Photo n°52 : posture sous-mésocolique partie inférieure 2 : posture

Posture analytique

Patient : en décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, tête légèrement relevée.
Praticien : latéralement, à droite du sujet.

1-Localisation : l'index et le majeur de chaque main sont superposés et placés l'un contre l'autre en parallèle sur la zone de tension.
2-Pénétration tissulaire à 60° du plan abdominal.
3-Fixation : elle s'effectue par pénétration de la main gauche.
4-Posture : les doigts superposés de la main gauche sont fixes, pendant que les doigts superposés de la main droite étirent les tissus dans le sens centrifuge par rapport à l'anatomie du mésentère. On achève la posture en décrivant un arc de cercle vers le bas.

On posture le tissu périphérique du mésentère.

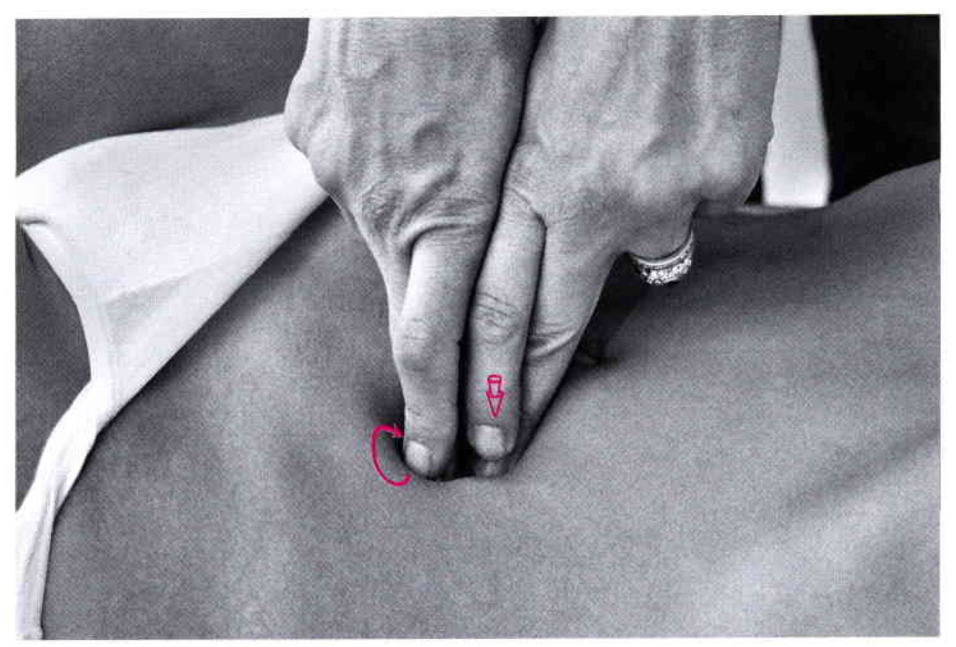


Photo n°53 : posture analytique partie supérieure



Photo n°54 : posture analytique partie inférieure

5 - Posture de la zone de la fosse iliaque droite

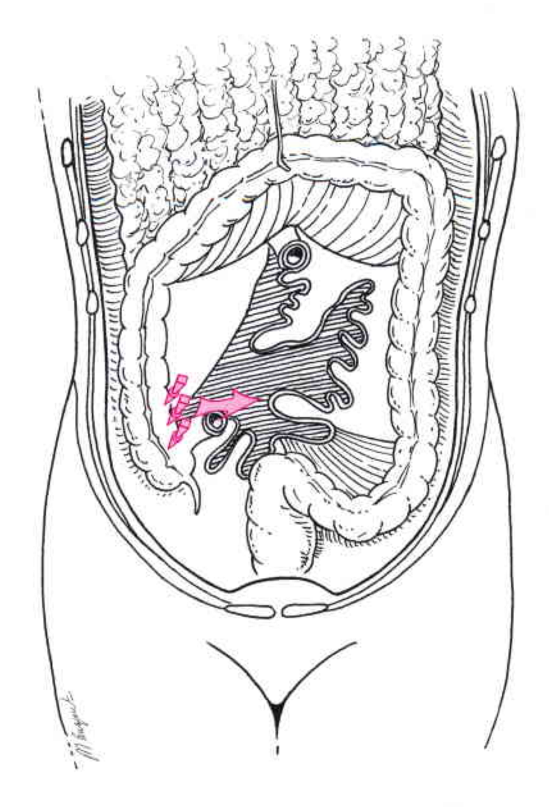
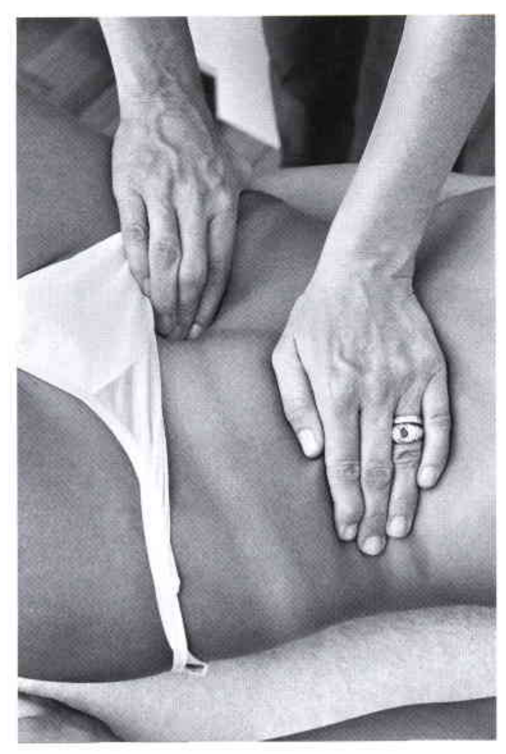


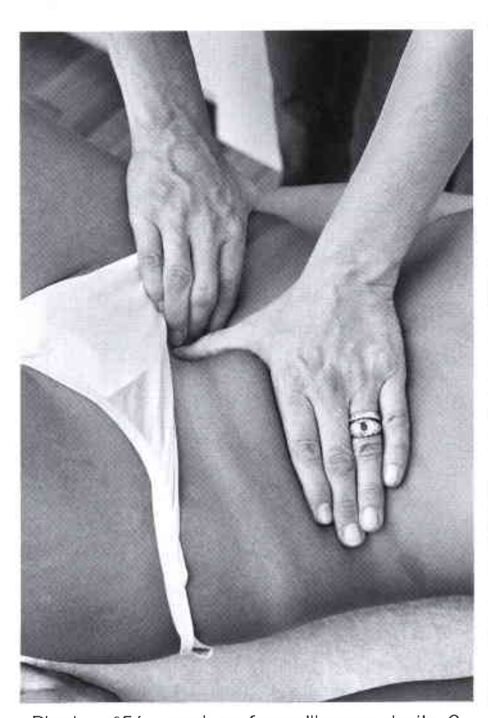
Fig. n° 75 : posture fosse iliaque droite

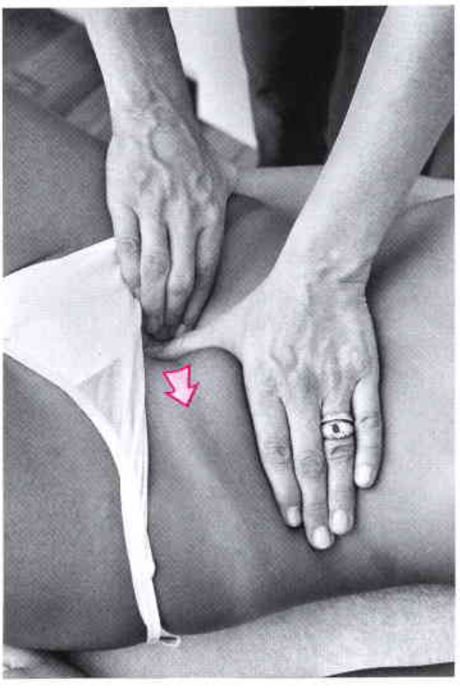
Patient : en décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, tête légèrement relevée.
Praticien : latéralement, à droite du sujet.

1-Localisation : les pulpes des doigts de la main droite viennent se placer sur le bord interne des tensions de la fosse iliaque droite.
2-Pénétration : la main gauche procède à un crédit de détente tissulaire au niveau de flanc gauche et le pouce de cette main vient se placer contre les doigts de la main droite.
3-Fixation par la main droite.
4-Posture : le pouce de la main gauche étire les tissus vers la fosse iliaque gauche.

Cette posture étire la racine du mésentère au niveau de son attache cæcale et le ligament inférieur du cæcum.


Photo n°55 : posture fosse iliaque droite 1


Photo n°56 : posture fosse iliaque droite 2


Photo n°57 : posture fosse iliaque droite 3-4

6 - Posture de la zone du flanc droit

Patient : en décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, tête légèrement relevée.
Praticien : latéralement, à droite du sujet.

1-Localisation : les pulpes des doigts de la main droite viennent se placer sur le bord interne des tensions du flanc droit.
2-Pénétration : la main gauche procède à un crédit de détente tissulaire au niveau du flanc gauche et le pouce de cette main vient se placer contre les doigts de la main droite.
3-Fixation par la main droite.
4-Posture : le pouce de la main gauche étire les tissus vers le flanc gauche.

Cette posture libère les tensions entre le grand omentum et le péritoine du colon ascendant.

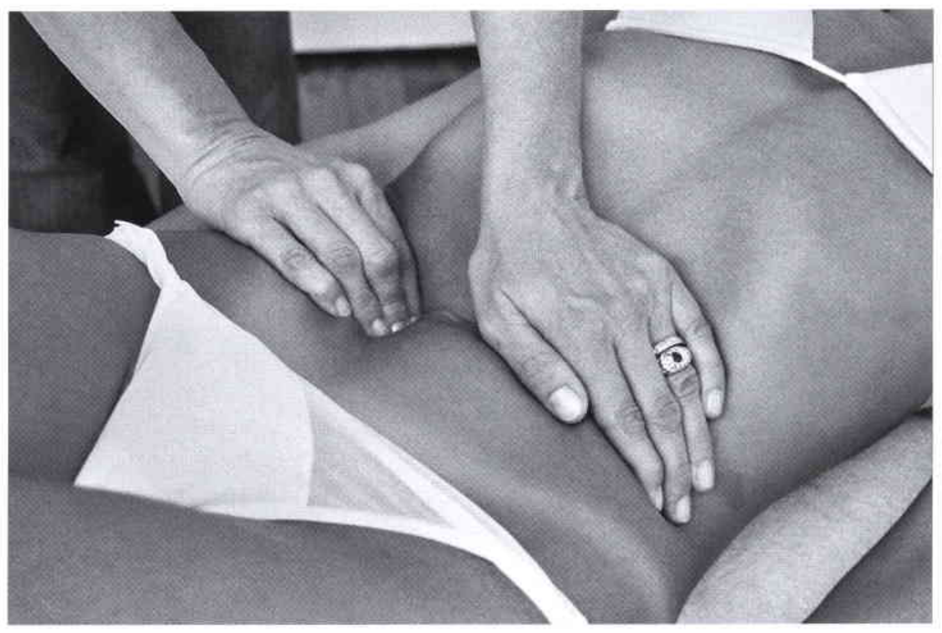


Photo n°58 : posture flanc droit 1

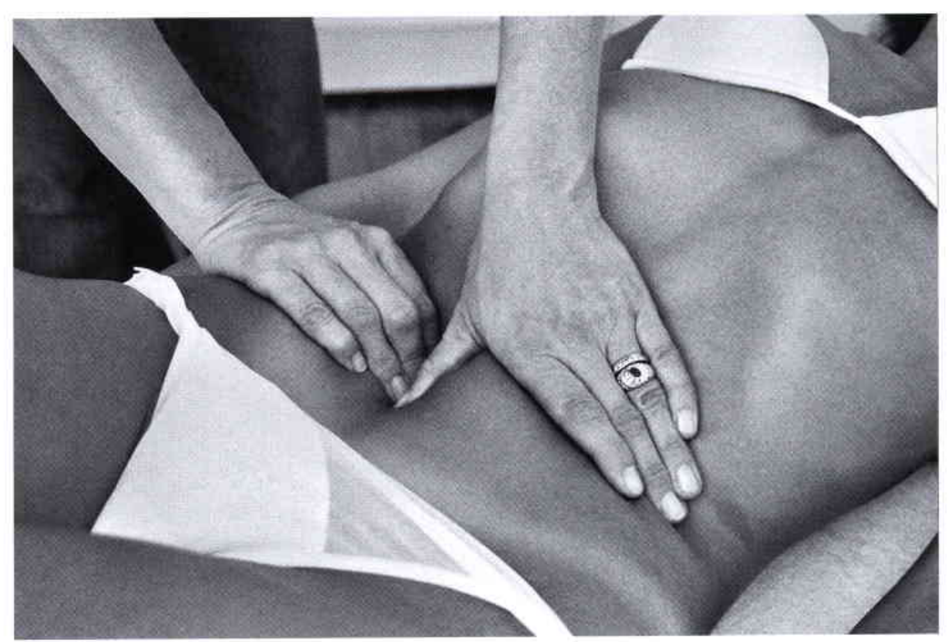


Photo n°59 : posture flanc droit 2



Photo n°60 : posture flanc droit 3-4

7 - Posture de la zone de la fosse iliaque gauche

Patient: en décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, tête légèrement relevée.
Praticien: à gauche, au niveau des genoux du patient.

1-Localisation: la pulpe des doigts de la main droite vient se placer sur le bord interne des tensions de la fosse iliaque gauche.
2-Pénétration: la main gauche procède à un crédit de détente tissulaire au niveau du flanc droit et le pouce de cette main vient se placer contre les doigts de la main droite.
3-Fixation par la main droite.
4-Posture: le pouce de la main gauche étire les tissus vers l'ombilic.

Cette posture étire le mésosigmoïde.

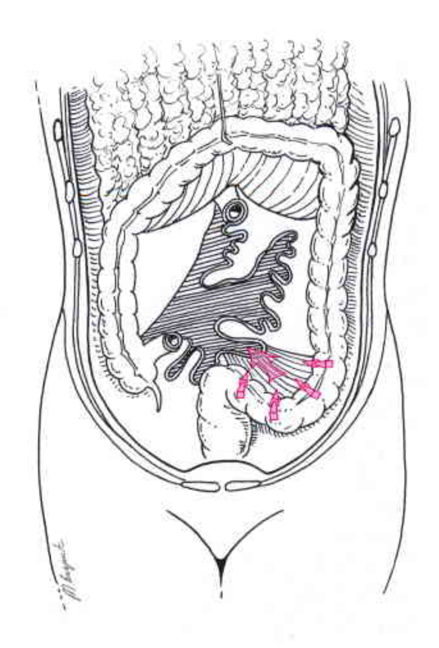


Fig. n° 76 : posture fosse iliaque gauche

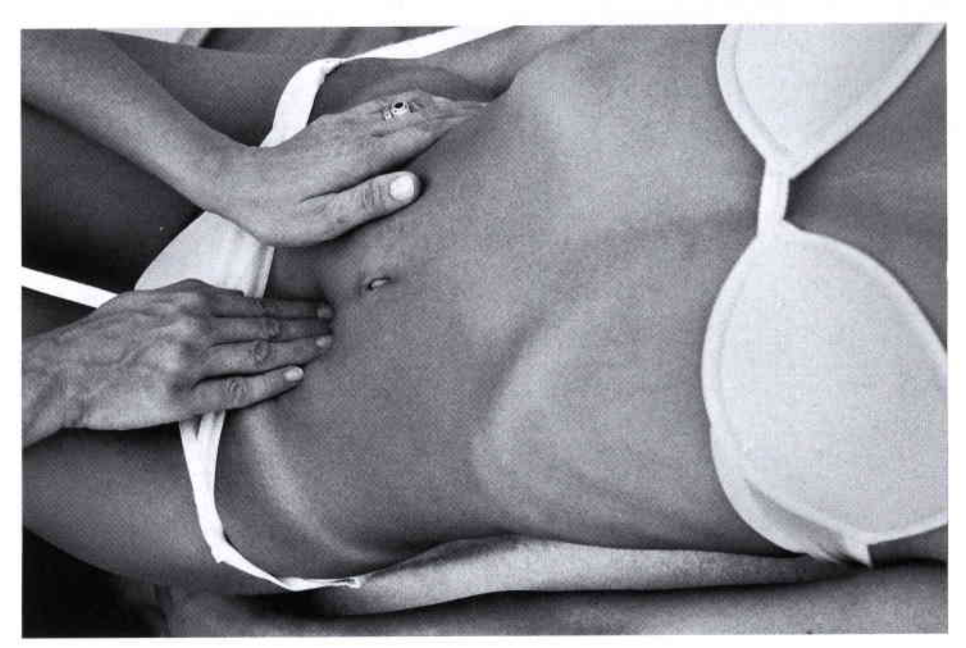


Photo n°61 : posture fosse iliaque gauche 1



Photo n°62 : posture fosse iliaque gauche 2

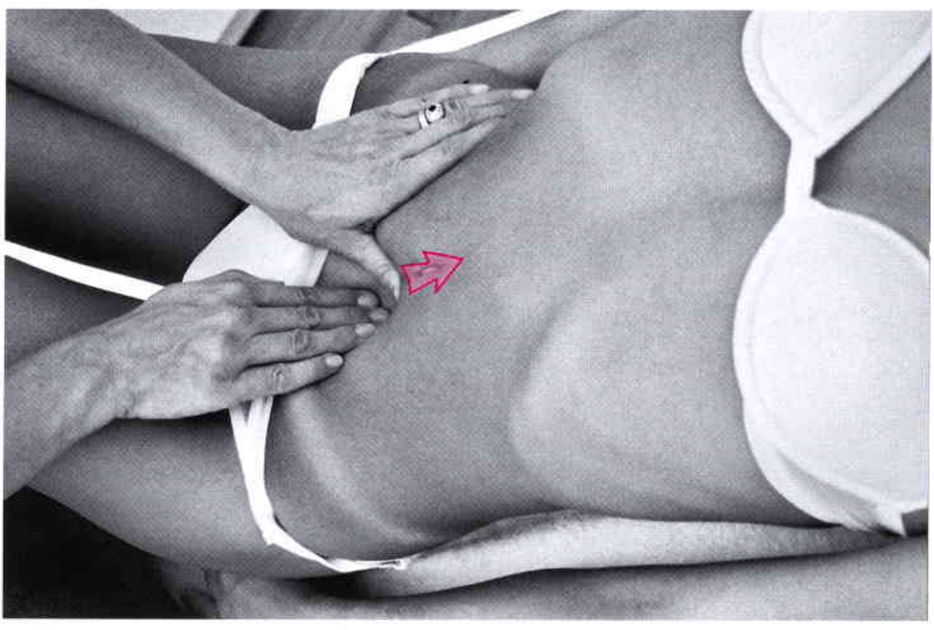


Photo n°63 : posture fosse iliaque gauche 3-4

8 - Posture de la loge rénale

On effectue cette posture lorsqu'une lombalgie est apparue après un calcul rénal ou une infection rénale.
La lombalgie présente le plus souvent des signes caractéristiques :

1-douleur latérale lombaire du côté où est apparu le problème rénal,
2-douleur irradiante :
- vers le pli inguinal du même côté,
- vers la fosse iliaque homolatérale,
- vers la partie antéro-interne de la cuisse du même côté et pouvant aller jusqu'à la face interne du genou,

3-douleur brûlante au niveau du bord supérieur de la crête iliaque, du même côté. Le patient ne supporte plus la compression que peut exercer une ceinture ou un vêtement sur cette zone.

Patient : en décubitus latéral opposé à la loge à posturer. Il est proche du praticien qui lui fait face. Le membre inférieur, en contact avec la table, est fléchi. L'autre membre est tendu en dehors de la table et repose sur la cuisse du praticien.
Praticien : il bloque le bassin du patient avec sa hanche. Ce bassin doit rester perpendiculaire au plan de la table.

1-Fixation : la main céphalique du praticien maintient le gril costal.
La main caudale est appliquée sur la face externe du genou qui est posée sur la cuisse.
2-Posture : lors de l'expiration, la main caudale tracte la jambe dans le sens longitudinal tout en associant une légère flexion et adduction de la hanche.



Photo n°64 : posture loge rénale 1



Photo n°65 : posture loge rénale 2

9 - Posture de l'ouraque et de l'aponévrose vésico-ombilicale

Cette posture se décompose en deux temps.
Patient : en décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, tête légèrement relevée.
Praticien : latéralement, à droite du sujet.

Premier temps :

1-Localisation : le praticien place le talon de la main caudale au niveau sus-pubien, les doigts orientés vers la tête du sujet.
2-Pénétration tissulaire dans le sens antéro-postérieur du talon de la main.
3-Posture : il attire les tissus vers l'appendice xiphoïde tout en maintenant la pénétration.

Deuxième temps :

1-Localisation : le praticien agrippe l'ouraque au niveau de la ligne médiane sous-ombilicale, au plus près du pubis.
2-Posture : - traction tissulaire vers l'avant du sujet,
- élévation des tissus vers l'appendice xiphoïde.

Lorsque cette posture est bien réalisée, le patient peut sentir un étirement des tissus jusqu'au pubis.

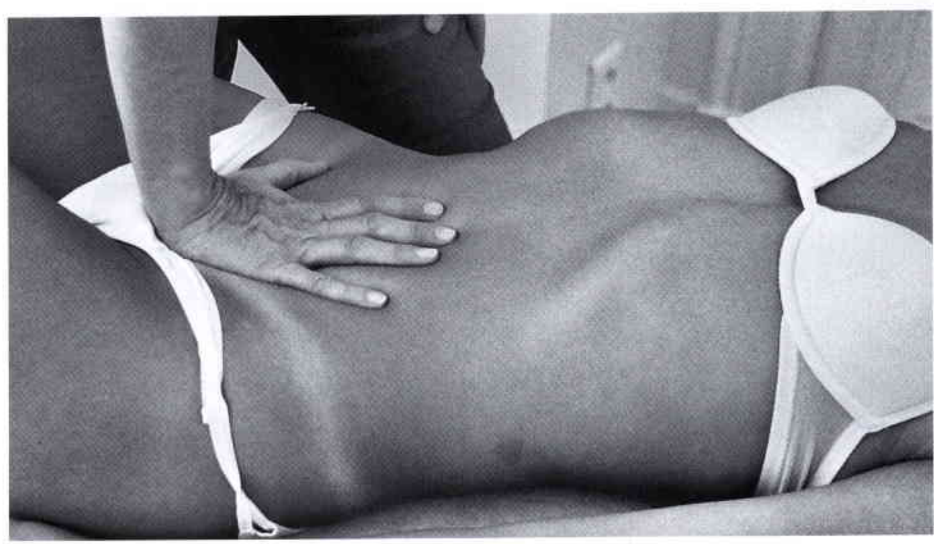


Photo n°66 : posture ouraque 1er temps

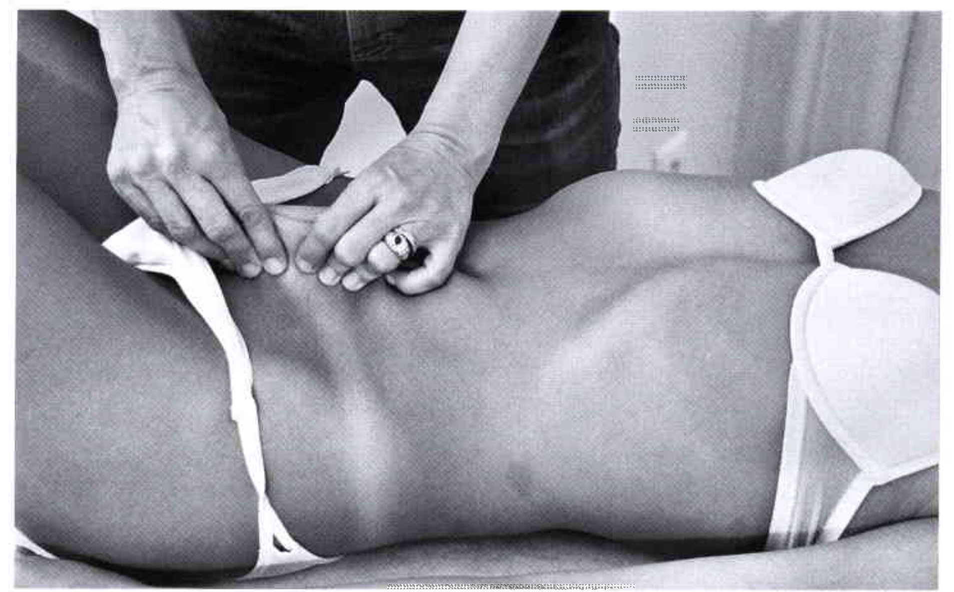


Photo n°67 : posture ouraque : 2e temps : 1

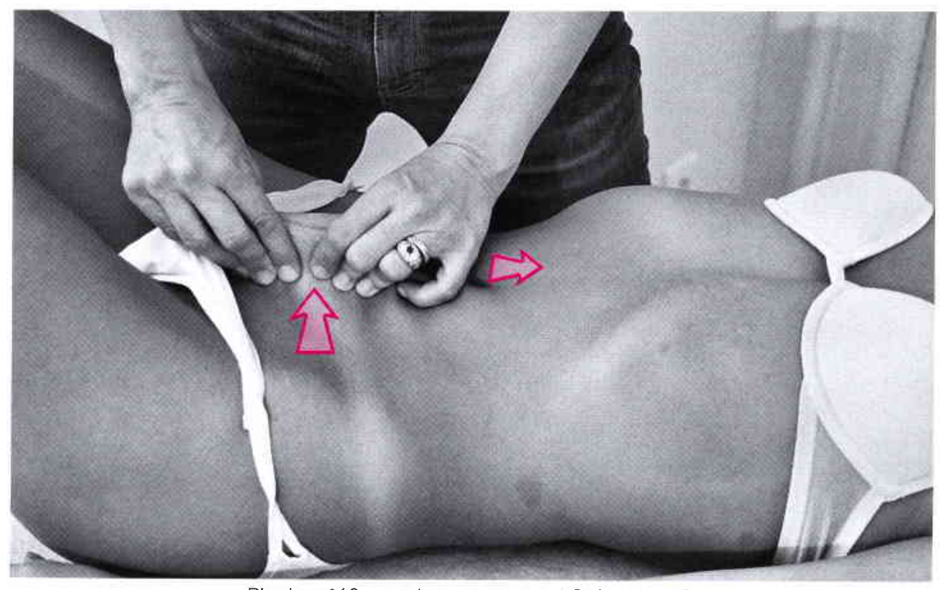


Photo n°68 : posture ouraque : 2e temps : 2

10 - Posture du ligament falciforme et du ligament rond

Patient : en décubitus dorsal, membres inférieurs fléchis, tête légèrement relevée.
Praticien : latéralement, à droite du sujet.

1-Il agrippe les tissus sus-ombilicaux médians.
2-Il effectue une traction tissulaire
3-Il termine par l'élévation des tissus vers la tête du sujet.



Photo n°69 : posture du ligament falciforme et du ligament rond 1

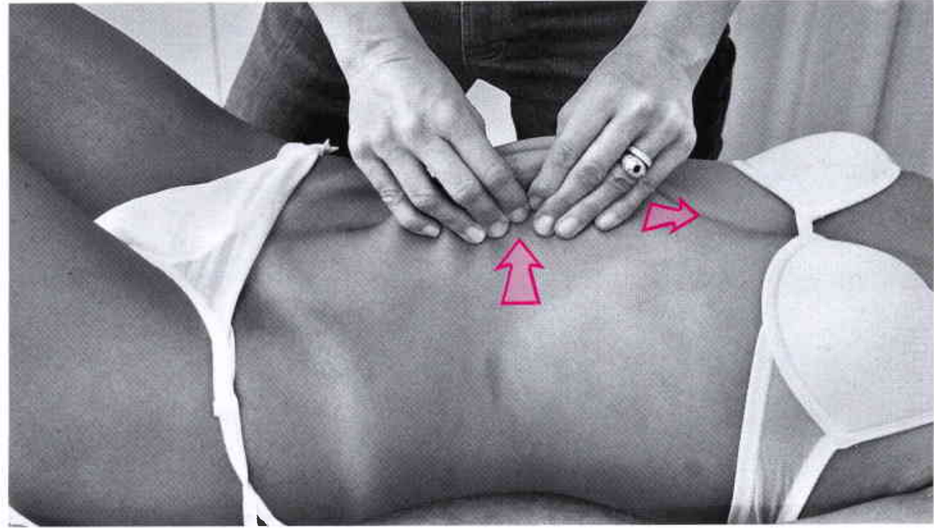


Photo n°70 : posture du ligament falciforme et du ligament rond 2-3

11 - Posture de la sphère pelvienne

Le traitement viscéral de la sphère gynécologique n'est pas décrit dans ce livre. La raison en est simple. Tout mon travail de cette sphère repose sur les travaux du Docteur Stapfer exposés dans son *Traité de kinésithérapie gynécologique*, 1897. De ces travaux, j'ai conservé la méthode du massage de la sphère gynécologique et les grandes manœuvres abdominales, en particulier, lorsque leur auteur insiste sur les altérations vasculaires et les altérations du tissu conjonctif. Je retiens aussi de lui ce principe : «douceur, légèreté de main, séances brèves à dose homéopathique», que je m'efforce de respecter au mieux.
Je ne décris pas ces techniques dans ce chapitre dans la mesure où elles sont bien connues des praticiens. Je précise tout de même que le but du massage est de détendre et de revasculariser les parois de la sphère gynécologique. Dans un premier temps, les tensions tissulaires doivent y être abordées de manière à obtenir une posture tissulaire : pour ce faire, on conseille un massage avec une légère dépression tissulaire.
Pour ce qui est de la période durant laquelle ces massages et ces postures seront les plus efficaces, on privilégiera les alentours du quinzième jour du cycle, en fonction des phases vasculaires.
Le traitement de cette sphère, associé à la gymnastique hypopressive de Marcel Caufriez, s'incorpore au traitement global des chaînes musculaires.

Si vous désirez vous perfectionner dans les traitements uro-gynécologiques, des cours de qualité sont donnés à Lyon et à Bruxelles par certains confrères. Ces cours intègrent l'influence des chaînes musculaires.

Remarques :
Les postures proposées dans ce chapitre libèrent les tensions tissulaires, facilitent la circulation, la décongestion et assurent une meilleure trophicité. Il est en effet logique que le traitement des chaînes commence par le relâchement des tensions internes, étant donné que ce sont précisément ces tensions qui *déterminent* et *influencent* la programmation des chaînes musculaires dynamiques.
En outre, comme nous y avons insisté dans la partie consacrée à la méthodologie de l'examen du sujet, il est toujours nécessaire de posturer, en complément, la ou les chaînes musculaires correspondantes au cadran où siègent les zones de tensions, et par conséquent, de ne pas se contenter d'un travail localisé qui ne permettrait pas de résoudre les problèmes en profondeur. Ainsi lorsque l'on posture, par exemple, la zone épigastrique (Posture 3), le ligament falciforme et le ligament rond (Posture 10), l'ouraque et l'aponévrose vésico-ombilicale (Posture 9), on doit également posturer en complément la chaîne de flexion du tronc, qui dans ces cas, a de fortes chances d'être sur-programmée.

De même, si l'on traite les cadrans latéraux de l'abdomen, les chaînes croisées doivent *aussi* être testées et posturées. Il n'y a là rien de paradoxal, ces correspondances sont logiques et cohérentes, elles doivent découler de notre examen global.
C'est selon cette logique que les sur-programmations ou dé-programmations des chaînes musculaires peuvent se propager au niveau du bassin, au niveau des membres (voûte plantaire, déformations des mains), au niveau cervical, au niveau mandibulaire (ATM) et au niveau du crâne (occlusion, accommodation visuelle). Tout notre effort est de repérer ce trajet d'influences et d'en rétablir le mode physiologique, bénéfique à l'individu.

CONCLUSION

Après douze années de pratique et d'enseignement, l'étude anatomique de la Chaîne Viscérale m'a conduite à adopter une pratique nouvelle, fondée sur une nouvelle compréhension de l'anatomie et des interrelations qui régissent l'équilibre d'un corps humain. La simplicité technique et l'efficacité de cette nouvelle pratique ont en outre permis son intégration cohérente à une méthode : celle des Chaînes Musculaires. Dans ces conditions, l'étude de la Chaîne Viscérale doit, en toute logique, compléter et parfaire l'examen du niveau musculo-squelettique que mettait en relief l'étude des Chaînes Musculaires. L'insertion de ce complément, loin d'affaiblir la théorie des Chaînes, en exhibe au contraire, toute la force : cette théorie est à l'image de la pratique dont elle est issue, elle est riche, complexe, tout en étant solidement rationnelle, or les compléments et les remises en question constructifs ne sont possibles qu'au sein d'un tel cadre théorique.

Quant au but de cette pratique nouvelle, il s'agit pour nous de rendre sa liberté à l'anatomie, à la physiologie, c'est-à-dire, de rendre au corps son autonomie propre et de *laisser faire*, entre les séances, ses systèmes d'autorégulations. En ce sens, notre traitement n'est que le déclencheur d'une *homéostasie* qui se poursuit sans lui. Il s'oppose donc totalement à certaines méthodes posturales qui cherchent à «redresser» le sujet de façon autoritaire. Il tend au contraire à libérer les tensions internes et périphériques de manière à laisser la statique s'expanser librement et spontanément.

Quant aux moyens utilisés, nous procédons par le biais de postures de détentes complétées par la gymnastique viscérale hypopressive. Il est clair, à partir de là, que ces techniques manuelles sont en rapport avec nos compétences et, par conséquent, nos limites. Aussi, nous semble-t-il important de rappeler que nous ne traitons pas des pathologies, mais seulement des dysfonctions.

Quant aux effets bénéfiques escomptés, ils se font ressentir dès la première ou la deuxième séance. Ils sont généralement stables, à terme, en ce qui concerne la symptomatologie, articulaire, musculaire, viscérale et neuroméningée. La concrétisation des progrès sera perceptible au niveau de l'évolution de la statique du sujet ainsi que de sa dynamique physique et mentale. En effet, on enregistre parfois chez certains patients d'intéressantes évolutions psychosomatiques. Si le traitement est adéquat, le corps doit retrouver son équilibre statique et la fluidité de ses mouvements. Néanmoins, notre objectif doit toujours se maintenir dans les limites d'un certain réalisme, nul ne doit viser une perfection utopique. Ce qui compte, c'est l'amélioration de l'état du patient et son accompagnement thérapeutique jusqu'à l'obtention de résultats concrets.

Cet ouvrage n'a pas la prétention d'imposer, mais seulement l'envie de faire

partager une façon de comprendre le corps, d'écouter le patient, de soulager ses souffrances. Chaque patient est différent et le plaisir de travailler est renouvelé à chaque fois qu'un nouveau cas se présente. Tout le bonheur que j'éprouve à pratiquer mon métier est dès lors inséparable des exigences auxquelles il m'astreint : observer, se remettre en question, progresser encore et toujours. Et si vous me permettez ce jeu de mots, je puis dire que si une vocation est quelque chose de *viscéral*, c'est en effet comme une vocation que je vis mon métier.

Je vous remercie de m'avoir lue et je reste à l'écoute de toute remarque ou question que vous pourrez m'adresser.

BIBLIOGRAPHIE

BATES B. : *Guide de l'examen clinique* – Philadelphia, Medsi, 1983.

BARIETY M., BONNIOT R., BARIETY J., MOLINE J. : *Abrégés sémiologie médicale* – Masson 1981.

BEAUTHIER J.P., LEFEVRE Ph. : *Traité d'anatomie de la théorie à la pratique palpatoire* tome 3 – Bruxelles, De Boeck Université 1993.

BOUCHET A., CUILLERET J. : *Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle* tome 4 – Bruxelles, Simep 1983.

BOURSIER A., *Le plancher pelvien*, Paris, Editions Vigot, 1991.

BRICOT B. : *La reprogrammation posturale globale* – Sauramps Medical, 1996.

BRIZON J., CASTAIN J., HOURTOULLE F G. : *Le péritoine, Embryologie, Anatomie* – *Paris*, Maloine, 1970.

BUSQUET L. : *Les chaînes musculaires* Tome 1 – Frison Roche, 1992.

BUSQUET L. : *Les chaînes musculaires* Tome 2 – Frison Roche, 1995.

BUSQUET L. : *Les chaînes musculaires* Tome 3 – Frison Roche, 1993.

BUSQUET L. : *Les chaînes musculaires* Tome 4 – Frison Roche, 1995.

CAUFRIEZ M. : *Gymnastique abdominale hyppopressive* – Bruxelles, 1997.

CHEVALLIER J.M. : *Anatomie* 1 Tronc – Paris, Médecine Sciences Flammarion 1998.

DREWS U. : *Atlas de poche d'embryologie* – Paris, Flammarion 1998 2e édition.

GABAREL B., ROQUES M. : *Les fascias* – Paris, Maloine, 1985.

GUYTON A. C. : *Neurophysiologie* – Paris, Masson, 1984.

KAMINA P. : *Petit bassin et Périnée* N° 7 – Paris Maloine 1995.

KAMINA P., DI MARINO V. : *Abdomen, paroi et appareil digestif* tome 1 – Paris Maloine 1993. KOHLRAUSCH W. : *Massage des zones réflexes* – Paris, Masson, 1965.

LARSEN : *Embryologie humaine*, 2e édition française, Bruxelles, De Boeck, 2003.

LAZORTHES G. : *Le système nerveux périphérique* – *Paris*, Masson et Cie, 1971.

MONOD C., DUHAMEL B. : *Schémas d'anatomie* N° 7 *abdomen* – Vigot 1980.

NETTER F. H. : *Atlas of Human Anatomy* – New-Jersey, Ciba Geigy, 1997 2e édition.

PAOLETTI S. : Les fascias. *Rôle des tissus dans la mécanique humaine* – Sully 1998.

PERLEMUTER L., WALIGORA J. : *Cahiers d'anatomie*. N° 2 *Abdomen* – Paris, Masson et Cie, 1975. 3e édition.

PERLEMUTER L., WALIGORA J. : *Cahiers d'anatomie*. N° 4 *Petit bassin* – *Paris*, Masson et Cie, 1971.

PIRET S., BEZIERS M. : *La coordination motrice* – Paris, Masson, 1971.

ROUVIERE H. : *Anatomie humaine, descriptive, topographique et fonctionnelle* Tome 2,

Tronc – Paris, Masson, 11e édition 1981.

SILBERAGL S., DESPOPOULOS : *Atlas de poche de physiologie* – *Flammarion Médecine* Sciences 1988.

SIVANANDA CENTRE : *Le yoga, guide complet et progressif* – Lafont.

SOBOTTA J., DESJARDINS A. : *Atlas d'anatomie descriptive Tome 2* -Paris, Librairie J.,B. Baillère et fils 1986.

SOBOTTA J., : *Atlas d'anatomie humaine Tome 2* – Urban et Schwazenberg 1986.

SOUCHARD Ph. E. : *Le diaphragme* – Paris, Maloine 1980.

TESTUT L., JACOB P. : *Traité d'anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales* tome II *Abdomen, bassin, membres* – Octave Doin 1906.

TESTUT L. : *Traité d'anatomie humaine* – Paris, Doin, 1928.

TUCHMANN H., DUPLESSIS P., HAEGEL : *Embryologie* Tomes 1, 2, 3 – Paris, Masson, 1984.

WEISCHENCK J. : *Traité d'ostéopathie viscérale* – Paris, Maloine, 1982.

L'auteur enseigne la matière de ce livre :

FORMATION BUSQUET
LES CHAÎNES MUSCULAIRES



Secrétariat général
19 avenue d'Ossau
64000 PAU
Tél. (33) 05 59 27 00 75
Fax (33) 05 59 27 79 84
chainesmusculaires.busquet@wanadoo.fr
www.chaines-musculaires.com

Cet ouvrage a été achevé d'imprimer en novembre 2005
sur les presses de l'imprimerie Escourbiac à Graulhet.
Reportage photographique : Fabiola Busquet-Takito
Illustrations : Jean-Paul Lacourt
Maquette : Marie Lauribe,
Photogravure : Laurent Hangard,

19 avenue d'Ossau - 64000 PAU
Tél. (33) 05 59 27 00 75 - Fax (33) 05 59 27 79 84
chainesmusculaires.busquet@wanadoo.fr

ISBN : 2-9521539-1-4

seconde édition,
édition originale avril 2004



Dans ce sixième tome de la série des *Chaînes Musculaires*, Michèle Busquet-Vanderheyden entreprend la description anatomique et le traitement de la chaîne viscérale.
Historiquement, c'est la première fois que le plan viscéral est intégré au fonctionnement musculo-squelettique. Tout l'enjeu de ce livre est dès lors de montrer combien cette prise en compte du plan viscéral est fondamentale.
Désormais, on ne pourra plus se permettre de tronquer les raisonnements, les analyses, en se limitant au seul plan musculaire.

«Votre Formation est passionnante. La découverte du rôle de la chaîne viscérale en a été le couronnement, au-delà de ce que je pouvais imaginer. Vos cours ont le mérite de concilier l'esprit scientifique et la tradition.» D[r] J.W.J.

«Un grand merci à l'équipe des Chaînes Musculaires, dès que j'ai mis en pratique mon nouveau savoir, les résultats ne se sont pas fait attendre : ils sont impressionnants.» C.R.

L'auteur est diplômée de l'ISCAM de Bruxelles en kinésithérapie, et du collège Sutherland de Namur, en Ostéopathie. Elle enseigne la matière de ce livre au sein la Formation Busquet depuis 1991.


ISBN 2-9521539-1-4
9 782952 153911